

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA

Departamento de Historia Contemporánea



TESIS DOCTORAL

**Los usos de la inclusa de Madrid, mortalidad y
retorno a principios del siglo XX (1890-1935)**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Bárbara A. Revuelta Eugercios

Directores

**Diego Ramiro Fariñas
Luis Enrique Otero Carvajal**

Madrid, 2011

ISBN: 978-84-695-0761-2

© Bárbara A. Revuelta Eugercios, 2011



**LOS USOS DE LA INCLUSA DE
MADRID, MORTALIDAD Y RETORNO A PRINCIPIOS
DEL SIGLO XX (1890-1935)**

Bárbara A. Revuelta Eugercios

Bajo la dirección de los doctores

Diego Ramiro Fariñas
Luis Enrique Otero Carvajal

TESIS DOCTORAL

**DEPARTAMENTO DE HISTORIA CONTEMPORÁNEA
FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

Madrid, 2011

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera sido posible sin el apoyo de un gran número de personas e instituciones. Sin su dirección, apoyo, consejo o financiación no estaría hoy escribiendo estas palabras. En primer lugar, tengo que reconocer la adscripción de este trabajo a los proyectos en los que se ha enmarcado “Mortalidad en instituciones: Madrid en una comparativa internacional” (SEJ2005-06334) y “La población de Madrid hace un siglo: mortalidad y estructura demográfica a principios del siglo XX en una comparativa internacional” (CSO2008-06130/SOCI) dentro de los Planes Nacionales 2006-2008 y 2009-2011 así como a la beca de Formación de Personal Investigador BES-2006-13707, asociada al primero de los proyectos. Asimismo, debo resaltar la financiación y apoyo prestados por el Programa de actividades del Grupo de Estudios de Población y Sociedad-Comunidad de Madrid (Red de Grupos de Investigación UCM-CSIC-UNED 2007/HUM-0517) y el Grupo Dinámicas Demográficas, así como todo el Instituto de Economía y Geografía del CSIC.

Me gustaría expresar mi agradecimiento a mis dos directores de tesis por su apoyo en este largo e intenso recorrido. Por un lado, a Diego Ramiro, por creer en mí y darme la oportunidad que supuso la FPI. Frente a la estrechez disciplinaria que todavía reina en parte de la investigación, apostaste directamente por ella conmigo al creerme cuando dije que, pese a mi formación en Historia de América, podía interesarme por un tema completamente desconocido y entrenarme en una nueva disciplina. Y a lo largo de todos estos años me has apoyado para lograr mis propósitos, ofreciéndome el mejor marco de trabajo para iniciar una carrera internacional: el contexto, los contactos y la orientación. Por otro lado, a Luis Enrique, por su ayuda en un proyecto híbrido como es esta tesis. Un proyecto interdisciplinar es un reto y me has apoyado en las etapas cruciales del camino.

Me gustaría recordar a las instituciones que me han facilitado el acceso a datos así como a su personal, que soportaron pacientemente mis peticiones diarias. Berta, Marina y el resto de personal del Archivo Regional de la Comunidad de Madrid. En el trabajo en el archivo, me gustaría recordar a los distintos miembros del equipo que contribuyeron a obtener los datos: Juan Carlos, Celia, Joana, Ana Belén, Jorge, Aurora y, sobre todo Begoña. Tanto cuando estábamos en el ARCM como en la locura de buscar a las madres en el padrón, has sido el pilar del vaciado así que gran parte de esta tesis es también tuya. Al personal del Archivo de Villa que ha lidiado pacientemente con nuestras “invasiones” de su sala. Y, asimismo, a Ignacio de la Biblioteca de la Real Academia de Medicina, por su ayuda en las búsquedas bibliográficas y fotografiado de fuentes.

Es imposible mencionar a todos los investigadores con los que, en mis estancias de investigación, han contribuido directa o indirectamente a perfilar distintos aspectos de mi tesis. Myron Gutmann, George Alter y el personal del ICSPR de The University of Michigan tanto por la experiencia formativa que me ofrecieron durante el curso de Análisis longitudinal en 2007 como por su ayuda con el artículo sobre las recuperación de expósitos; el Cambridge Group for the History of Population and Social Structure y, particularmente Alice Reid, tanto por su ayuda cuando estuve allí como por aceptar la revisión de mi tesis; a David Kertzer y Michael White de Brown University por su inestimable ayuda mientras estuvo en Providence; a Frans Willekens, Frans Van Poppel y el personal del NIDI por su ayuda durante mi estancia allí en un momento clave para mi tesis. Asimismo, me gustaría mencionar a algunos investigadores que, en la defensa del DEA, en congresos o en otras ocasiones académicas han contribuido con sus comentarios a mejorar mi investigación, a confirmar mis preguntas o a señalarme nuevas ideas que perseguir: Gloria Nielfa, Vicente Pérez Moreda, David Reher, Francisco Viciano Jim Oeppen, Alain Gagnon, y muchos otros. Asimismo, me gustaría agradecer a los miembros del Grupo de Dinámicas Demográficas en el CSIC, que han escuchado mis ideas y trabajos y me han ayudado a mejorar. Ha sido inestimable, también, la ayuda de P.C. Grant con el trabajo de revisión del inglés.

Finalmente, quería individualizar la contribución a esta tesis de Bob Woods, fallecido recientemente. Desde el primer momento en que lo conocí, en el ESSHC de 2007, Bob me preguntó por trayectorias, marcos explicativos y contextos en el acceso a la Inclusa. El verano pasado, en las reuniones que tuvimos en Liverpool, volvió a inspirar en mí la necesidad de mantener esas consideraciones en mente. Directamente recomendándome los gráficos de Hägerstrand e, indirectamente, a través de su discurso sobre la necesidad de considerar el universo posible más allá del universo de variables disponibles, ha tenido un gran impacto en la plasmación final de algunas de mis ideas. Desafortunadamente, no llegué a poder enseñarle mi interpretación de sus sugerencias pero confío en haber sabido capturar su esencia.

Colegas, amigos y familia han estado ahí durante estos cinco años y me han sostenido, apoyado y empujado cuando ya pensé que no podía seguir. Mis compañeras doctorandas del CSIC han sido el mejor apoyo personal/académico que uno puede desear. Contándonos nuestras tesis, nuestros congresos, nuestras luchas hemos pasado estos cinco años sintiéndonos acompañadas en la soledad que implica hacer una tesis doctoral. Por ello me gustaría agradecer a Bego, Eva, Fede, Renata, Fabián y Sol por todos los ratos que hemos pasado animándonos los unos a los otros y asegurándonos que podíamos acabar la tesis. Y las gracias se extienden al resto de compañeros del IEGD, Ana Belén, Clara, Sara por su apoyo. Particularmente me gustaría agradecerle a Sol el ser mi incansable compañera de tesis y amiga. Durante estos años, hemos tenido trayectorias paralelas en nuestra entrada en el mundo de lo cuantitativo, en la investigación, en las estancias y cursos, en los congresos y en todas estas experiencias académicas y hemos sido apoyo la una de la otra. Gracias por haber estado y seguir estando a mi lado académico.

A todos mis amigos y familia les tengo que agradecer la paciencia infinita de estos últimos años y su apoyo en esta carrera a veces incomprensible. No es fácil soportar las ausencias, los viajes y oír por vigésimoquinta vez los detalles de mi tesis, que sólo a mí me parecen super-interesantes. Habéis sido fantásticos en todo momento:

mi madre, mi padre, mi hermano Jorge (al que le debo la magnífica portada), Santi, Delphine, Valeria, Myriam, así como gente a la que llevo tiempo sin ver porque la tesis se comía todo el tiempo, Susi, Sandra, Elisa... A Santi le debo tanto mi visión como mi entrada en el mundo de la ciencia. Si no hubieras insistido en que enviara aquel correo electrónico, quién sabe dónde estaría ahora.

Y a Patricia le debo estar todavía viva y cuerda al final de este proyecto. Desde septiembre de 2006 he pasado más de un año fuera de España en estancias de investigación, he ido a dos docenas de congresos, otras tantas deadlines, incontables festivos o fines de semana de trabajo, he hecho un DEA, he pasado temporadas de locura de trabajo y ahora mismo no recuerdo cuando fue la última vez que estuve de vacaciones. Y en todo ese tiempo, me has mantenido anclada a la realidad, consciente de lo que era importante, me has ayudado a mantener el criterio y a estar segura de mí misma y de lo que estaba haciendo. Después de todo, este proyecto es tanto mío como tuyo y definitivamente hubiera sido imposible sobrevivir a estos últimos meses sin ti.

Aunque una tesis es el trabajo de un individuo, en realidad recoge tantas influencias como personas valiosas lo rodean a uno. Por eso, muchas gracias por haberme rodeado.

Bárbara A. Revuelta Eugercios

Abril de 2011

ÍNDICE SINTÉTICO

AGRADECIMIENTOS.....	1
ÍNDICE SINTÉTICO.....	5
ÍNDICE COMPLETO.....	8
TABLE OF CONTENTS AND TRANSLATION OF THESIS OUTLINE.....	14
ÍNDICE DE GRÁFICOS	21
LIST OF GRAPHS.....	25
ÍNDICE DE TABLAS.....	29
LIST OF TABLES	31
ÍNDICE DE MAPAS	33
LIST OF MAPS.....	34
INTRODUCCIÓN.....	35
INTRODUCTION.....	39
CAPÍTULO 1. EL ESTUDIO DEL ABANDONO INFANTIL EN MADRID: ESTADO DE LA CUESTIÓN, OBJETIVOS, FUENTES Y MÉTODOS.....	41
1.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN	41
1.2. ENFOQUE HISTORIOGRÁFICO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	49
1.3. FUENTES.....	53
1.4. METODOLOGÍA.....	62
CHAPTER 1. THE STUDY OF INFANT ABANDONMENT IN MADRID: BACKGROUND, AIMS, SOURCES AND METHODS	71
1.1. LITERATURE REVIEW	71
1.2. RESEARCH APPROACH AND AIMS	78
1.3. SOURCES	81
1.4. METHODOLOGY	90
PRIMERA PARTE. EL DEPÓSITO DE NIÑOS EN LA INCLUSA DE MADRID	99
CAPÍTULO 2. ABANDONO INFANTIL: SOCIEDAD, LEGISLACIÓN Y DISCURSO MÉDICO.....	101
2.1. ABANDONO INFANTIL, ILEGITIMIDAD Y ESTRATEGIAS FAMILIARES	101
2.2. EL ABANDONO INFANTIL EN ESPAÑA	109
RESUMEN CAPÍTULO 2	133
SUMMARY CHAPTER 2	136
CAPÍTULO 3. MADRID, 1890-1936: SOCIEDAD Y DEMOGRAFÍA	139
3.1. MADRID, ESCENARIO DE TRANSFORMACIONES	140
3.2. LA INCLUSA Y LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA MADRILEÑA	146
3.3. LA INCLUSA Y LA OFERTA ASISTENCIAL MADRILEÑA	170
RESUMEN CAPÍTULO 3	176
SUMMARY CHAPTER 3	179
CAPÍTULO 4. LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD. ANTECEDENTES, TRANSFORMACIONES Y TENDENCIAS EN LA ATENCIÓN A EMBARAZADAS Y EXPÓSITOS EN MADRID	183
4.1. ANTECEDENTES: LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD HASTA FINALES DEL SIGLO XIX	184
4.2. LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD EN EL CONTEXTO DE LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL	201

RESUMEN CAPÍTULO 4	226
SUMMARY CHAPTER 4	229
CAPÍTULO 5. LOS USOS DE LA INCLUSA, LOS EXPÓSITOS Y SUS FAMILIAS	233
5.1. EL RECURSO A LA INCLUSA: DISCURSO Y REALIDAD	233
5.2. LOS NIÑOS ADMITIDOS A LA INCLUSA	248
5.3. EL ABANDONO DE HERMANOS	284
RESUMEN CAPÍTULO 5	291
SUMMARY CHAPTER 5	294
SEGUNDA PARTE: LAS EXPECTATIVAS VITALES DE LOS EXPÓSITOS	297
CAPÍTULO 6. LA LACTANCIA EN LA INCLUSA: IDEOLOGÍA MÉDICA Y REALIDAD INSTITUCIONAL	298
6.1. LAS EXPECTATIVAS VITALES DE LOS EXPÓSITOS DESDE UNA PERSPECTIVA LONGITUDINAL	298
6.2. LA LACTANCIA EN LA INCLUSA	303
RESUMEN CAPÍTULO 6	347
SUMMARY CHAPTER 6	350
CAPÍTULO 7. LA RECUPERACIÓN POR LAS FAMILIAS.....	353
7.1. LA RECUPERACIÓN COMO INDICADOR DE USOS NO TRADICIONALES	354
7.2. LA MEDIDA AGREGADA DE LA RECUPERACIÓN: MEDIDA TRADICIONAL VS. MEDIDA LONGITUDINAL	356
7.3. LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL: LOS DETERMINANTES DE LA RECUPERACIÓN Y SU ESTUDIO	359
RESUMEN CAPÍTULO 7	380
SUMMARY CHAPTER 7	383
CAPÍTULO 8. LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN LA INCLUSA	387
8.1. LA MORTALIDAD DE LA INCLUSA EN SU CONTEXTO: ESPAÑA Y EUROPA	388
8.2. INCLUYENDO EL “TIEMPO” EN EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DE LA INCLUSA	397
8.3. LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD EN LA INCLUSA	421
8.4. LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES A LA MUERTE: CONSIDERACIONES SOBRE LOS DIFERENCIALES BIOLÓGICOS Y SOCIALES EN SALUD	455
RESUMEN CAPÍTULO 8	465
SUMMARY CHAPTER 8	468
CAPÍTULO 9. LOS DETERMINANTES MATERNOs DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA.....	471
9.1. EL MARCO INTERPRETATIVO DEL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA. UNA APROXIMACIÓN	472
9.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES COMO DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA	485
9.3. DESTINOS COMPARTIDOS: MÁS ALLÁ DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES EN LOS EFECTOS FAMILIARES.....	505
RESUMEN CAPÍTULO 9	516
SUMMARY CHAPTER 9	519
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES	523

ANCLANDO LA DEMOGRAFÍA EN LA HISTORIA: NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE EL ABANDONO INFANTIL EN INSTITUCIONES.....	524
DANDO RESPUESTAS DESDE LA DEMOGRAFÍA A PREGUNTAS INEXPLORADAS POR LA HISTORIA.....	529
VALORACIÓN GLOBAL: LIMITACIONES Y CONTRIBUCIONES	534
CHAPTER 10. CONCLUSIONS	537
ANCHORING DEMOGRAPHY IN HISTORY: NEW PERSPECTIVES ON INFANT ABANDONMENT IN INSTITUTIONS.....	538
ANSWERING FROM DEMOGRAPHY QUESTIONS UNEXPLORED BY HISTORY	542
GLOBAL ASSESSMENT: LIMITATIONS AND CONTRIBUTIONS.....	546
ANEXOS	549
ANEXO A	550
ANEXO B	551
ANEXO C	561
ANEXO D	566
ANEXO E.....	570
ANEXO F	577
BIBLIOGRAFÍA	585

ÍNDICE COMPLETO

AGRADECIMIENTOS	1
ÍNDICE SINTÉTICO	5
ÍNDICE COMPLETO	8
TABLE OF CONTENTS AND TRANSLATION OF THESIS OUTLINE.....	14
ÍNDICE DE GRÁFICOS	21
LIST OF GRAPHS.....	25
ÍNDICE DE TABLAS	29
LIST OF TABLES.....	31
ÍNDICE DE MAPAS	33
LIST OF MAPS	34
INTRODUCCIÓN.....	35
INTRODUCTION	39
CAPÍTULO 1. EL ESTUDIO DEL ABANDONO INFANTIL EN MADRID:	
ESTADO DE LA CUESTIÓN, OBJETIVOS, FUENTES Y MÉTODOS	41
1.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN	41
1.1.1. LA HISTORIA DE LOS NIÑOS ABANDONADOS	42
1.1.2. LA ENTRADA DE LAS NUEVAS TENDENCIAS EN DEMOGRAFÍA EN EL ABANDONO INFANTIL.....	46
1.1.3. PERSPECTIVAS DE FUTURO: HISTORIA Y DEMOGRAFÍA DE EXPÓSITOS.....	48
1.2. ENFOQUE HISTORIOGRÁFICO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	49
1.3. FUENTES.....	53
1.3.1. LA BASE DE DATOS DE LA INCLUSA DE MADRID	53
1.3.1.1. La base de datos longitudinal básica.	55
1.3.1.2. La base de datos extendida de notas de abandono.....	57
1.3.1.3. La muestra alrededor de 1915	58
1.3.2. OTRAS FUENTES ESTADÍSTICAS	59
1.3.3. INFORMACIÓN CONTEXTUAL	59
1.3.3.1. Material de archivo: Inclusa, Colegio de la Paz y Maternidad.....	60
1.3.3.2. Prensa diaria general.....	60
1.3.3.3. Información médica y asistencial	61
1.4. METODOLOGÍA.....	62
1.4.1. PRIMERA PARTE: ANÁLISIS HISTÓRICO Y DEMOGRÁFICO.....	63
1.4.2. SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO ...	65
CHAPTER 1. THE STUDY OF INFANT ABANDONMENT IN MADRID:	
BACKGROUND, AIMS, SOURCES AND METHODS	71
1.1. LITERATURE REVIEW	71
1.1.1. THE HISTORY OF ABANDONED CHILDREN	72
1.1.2. THE INTRODUCTION OF NEW TRENDS IN DEMOGRAPHY IN INFANT ABANDONMENT	75
1.1.3. The future: history and demography of foundlings.....	77
1.2. RESEARCH APPROACH AND AIMS	78
1.3. SOURCES	81
1.3.1. THE FHM OF MADRID LONGITUDINAL DATABASE (FHMLD)	81
1.3.1.1. The basic longitudinal database.....	83
1.3.1.2. Extended database of abandonment notes.....	85

1.3.1.3. The 1915 sample.....	86
1.3.2. OTHER STATISTICAL SOURCES	87
1.3.3. CONTEXTUAL INFORMATION	87
1.3.3.1. Archival material: The FHM, The Hospice of Our Lady of the Peace and the Maternity Hospital	87
1.3.3.2. General daily press	88
1.3.3.3. Medical and Welfare information	90
1.4. METHODOLOGY	90
1.4.1. Part I: historical and demographic analysis.....	90
1.4.2. Part II: demographic and statistical analysis	92
PRIMERA PARTE. EL DEPÓSITO DE NIÑOS EN LA INCLUSA DE MADRID	99
CAPÍTULO 2. ABANDONO INFANTIL: SOCIEDAD, LEGISLACIÓN Y DISCURSO MÉDICO.....	101
2.1. ABANDONO INFANTIL, ILEGITIMIDAD Y ESTRATEGIAS FAMILIARES	101
2.2. EL ABANDONO INFANTIL EN ESPAÑA	109
2.2.1. ABANDONO INFANTIL EN ESPAÑA HASTA EL SIGLO XIX.....	110
2.2.2. EL CONTEXTO DEL ABANDONO INFANTIL DESDE MITAD DEL SIGLO XIX	111
2.2.2.1. Ideología burguesa, beneficencia y la Cuestión Social	112
2.2.2.2. Preocupación por el problema de la infancia.....	115
2.2.2.3. Abandono y discurso sobre mujer y maternidad	122
2.2.3. LA REALIDAD DEL ABANDONO INFANTIL EN EL TRÁNSITO DE LA ACCIÓN SOCIAL Y EL ESTADO INTERVENCIONISTA.....	127
RESUMEN CAPÍTULO 2	133
SUMMARY CHAPTER 2	136
CAPÍTULO 3. MADRID, 1890-1936: SOCIEDAD Y DEMOGRAFÍA	139
3.1. MADRID, ESCENARIO DE TRANSFORMACIONES	140
3.2. LA INCLUSA Y LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA MADRILEÑA	146
3.2.1. EL CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE MADRID	147
3.2.2. NUEVOS MADRILEÑOS: FECUNDIDAD E ILEGITIMIDAD	151
3.2.2.1. Natalidad y fecundidad.....	151
3.2.2.2. Fecundidad ilegítima y tasa de ilegitimidad	155
3.2.3. MADRID, CIUDAD DE LA MUERTE	162
3.2.4. LA MIGRACIÓN A MADRID.....	166
3.3. LA INCLUSA Y LA OFERTA ASISTENCIAL MADRILEÑA	170
RESUMEN CAPÍTULO 3	176
SUMMARY CHAPTER 3	179
CAPÍTULO 4. LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD. ANTECEDENTES, TRANSFORMACIONES Y TENDENCIAS EN LA ATENCIÓN A EMBARAZADAS Y EXPÓSITOS EN MADRID	183
4.1. ANTECEDENTES: LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD HASTA FINALES DEL SIGLO XIX	184
4.1.1. DESDE LA FUNDACIÓN HASTA FINALES DEL SIGLO XVII.....	184
4.1.2. LA INCLUSA BAJO LA JUNTA DE DAMAS Y LA REGLAMENTACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO (1799-1850).....	185
4.1.3. LA LEY DE BENEFICENCIA DE 1849 Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA CASA DE MATERNIDAD	190

4.1.3.1. La atención a parturientas pobres en Madrid a mediados del siglo XIX	190
4.1.3.2. El fracaso de 1853	191
4.1.3.3. La fundación de la Casa de Maternidad y su reglamento.....	193
4.1.3.4. El nuevo edificio.....	195
4.1.4. LOS REGLAMENTOS CONJUNTOS DE 1877 Y 1888 Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN ANTES DEL CAMBIO DE SIGLO	196
4.2. LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD EN EL CONTEXTO DE LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL	201
4.2.1. LA CRISIS DEL IMPAGO DE NODRIZAS: MALES NACIDOS DE HECHOS Y ABUSOS ANTIGUOS	201
4.2.2. LAS PRIMERAS DÉCADAS DE SIGLO Y LAS MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO DE 1915	205
4.2.2.1. Miradas críticas desde la medicina.....	205
4.2.2.2. Cambios y desarrollos durante las dos primeras décadas de siglo	208
4.2.3. LOS COMIENZOS DEL CAMBIO: “LA HERODIADA” DE 1918 Y EL TRASLADO INICIAL DE LA INCLUSA	212
4.2.3.1. La Herodiada	212
4.2.3.2. Soluciones prácticas temporales y estructurales: nodrizas, torno y mudanza.....	215
4.2.4. LA CAMPAÑA DE LA PRENSA DE 1927 Y LA GESTACIÓN DEL INSTITUTO PROVINCIAL DE PUERICULTURA	218
4.2.4.1. El año del cambio: 1927	218
4.2.4.2. La gestación del Instituto Provincial de Puericultura	223
RESUMEN CAPÍTULO 4	226
SUMMARY CHAPTER 4	229
CAPÍTULO 5. LOS USOS DE LA INCLUSA, LOS EXPÓSITOS Y SUS FAMILIAS	233
5.1. EL RECURSO A LA INCLUSA: DISCURSO Y REALIDAD	233
5.1.1. LAS CAUSAS DE ABANDONO: DISCURSO Y REALIDAD	233
5.1.2. TRAYECTORIAS, USOS Y ESTRATEGIAS.....	238
5.1.3. DIFERENCIANDO LOS ABANDONOS TÉCNICOS	244
5.2. LOS NIÑOS ADMITIDOS A LA INCLUSA	248
5.2.1. LOS NIÑOS NACIDOS EN MATERNIDAD	249
5.2.1.1. Características de los niños y el abandono	249
5.2.1.2. Las características y circunstancias de las madres	254
A. Las características básicas de las madres	255
i. El estado civil de las madres y legitimidad de los niños	255
ii. El origen de la madre	257
iii. La edad de la madre	259
B. Otras características familiares: las madres abandonando en 1915-1916	261
i. El lugar de residencia de la madre.....	262
ii. La ocupación de la madre.....	263
iii. Alfabetización	265
C. Las madres estables: estructura de hogar de las madres encontradas en el padrón de 1915	266
5.2.1.3. Los abandonos técnicos: similitudes y diferencias.....	268
5.2.2. LOS NIÑOS ABANDONADOS A TRAVÉS DE OTROS ORÍGENES ...	269
5.2.2.1. Los distintos Orígenes	270

5.2.2.2. Las características de los niños.....	273
5.2.2.3. Las características familiares.....	278
A. El estado civil de las madres y la legitimidad de los niños	278
B. Información adicional	280
C. Notas y causas de abandono	281
5.3. EL ABANDONO DE HERMANOS.....	284
RESUMEN CAPÍTULO 5	291
SUMMARY CHAPTER 5	294
SEGUNDA PARTE: LAS EXPECTATIVAS VITALES DE LOS EXPÓSITOS	297
CAPÍTULO 6. LA LACTANCIA EN LA INCLUSA: IDEOLOGÍA MÉDICA Y REALIDAD INSTITUCIONAL	298
6.1. LAS EXPECTATIVAS VITALES DE LOS EXPÓSITOS DESDE UNA PERSPECTIVA LONGITUDINAL	298
6.2. LA LACTANCIA EN LA INCLUSA.....	303
6.2.1. EL DISCURSO MÉDICO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA, MERCENARIA Y ARTIFICIAL EN EL CONTEXTO DE LA INCLUSA.....	304
6.2.2. LA LACTANCIA INTERNA	309
6.2.2.1. El Departamento del biberón.....	309
6.2.2.2. Las amas internas	314
6.2.2.3. El cuidado y alimentación de los destetados dentro de la Inclusa.....	320
6.2.3. EL TIEMPO DE ESPERA HASTA EL ENVÍO A PUEBLOS Y LAS AMAS EXTERNAS.....	322
6.3.2.1. El tiempo de espera hasta el envío a lactar	322
A. La probabilidad de ser enviado a lactar	323
B. Diferencias en el tiempo de espera para ser enviado a lactar	329
6.3.2.2. Las amas externas.....	336
A. Responsables o víctimas de abusos	336
B. La distribución geográfica de los expósitos en lactancia externa.....	340
6.3.2.3 Después de la primera lactancia	344
RESUMEN CAPÍTULO 6	347
SUMMARY CHAPTER 6	350
CAPÍTULO 7. LA RECUPERACIÓN POR LAS FAMILIAS.....	353
7.1. LA RECUPERACIÓN COMO INDICADOR DE USOS NO TRADICIONALES	354
7.2. LA MEDIDA AGREGADA DE LA RECUPERACIÓN: MEDIDA TRADICIONAL VS. MEDIDA LONGITUDINAL	356
7.3. LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL: LOS DETERMINANTES DE LA RECUPERACIÓN Y SU ESTUDIO	359
7.3.1. LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL: EL MARCO TEÓRICO.....	360
7.3.2. LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL: LAS PROBABILIDADES DE SER RECUPERADO	364
7.3.2.1 La probabilidad de experimentar una recogida temprana: los abandonos técnicos	366
A. Las variables de control.....	366
B. Las características maternas.....	369
7.3.2.2. La probabilidad de experimentar una recogida regular: los abandonos temporales completados.	370
A. Las variables de control.....	372
B. Las características maternas.....	376
RESUMEN CAPÍTULO 7	380

SUMMARY CHAPTER 7	383
CAPÍTULO 8. LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN LA INCLUSA	387
8.1. LA MORTALIDAD DE LA INCLUSA EN SU CONTEXTO: ESPAÑA Y EUROPA	388
8.1.1. MORTALIDAD GENERAL	389
8.1.2. MORTALIDAD INFANTIL	392
8.2. INCLUYENDO EL “TIEMPO” EN EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DE LA INCLUSA	397
8.2.1. LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EDADES	397
8.2.2. EL RIESGO DE MORIR EN LA VIDA EXPÓSITA	404
8.2.2.1. La mortalidad infantil	406
A. La elevación de la mortalidad en la segunda semana de vida: el efecto institucional	408
B. La elevación de mortalidad entre el segundo y tercer mes: ¿un efecto del scarring del efecto institucional?	411
8.2.2.2. La mortalidad juvenil en la Inclusa de Madrid: el efecto del destete	416
8.2.2.3. Diferentes localizaciones, similitud de riesgos.....	419
8.3. LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD EN LA INCLUSA	421
8.3.1. DE EXPRESIONES DIAGNÓSTICAS A CAUSAS DE MUERTE EN LA INCLUSA DE MADRID: SORTEANDO EL SESGO DE LA IDEOLOGÍA MÉDICA.	422
8.3.2. EVOLUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA INCLUSA	432
8.3.2.1. Las causas de muerte en el periodo infantil.....	434
A. La mortalidad neonatal dentro de la institución	435
B. La mortalidad post-neonatal	438
i. Mortalidad post-neonatal dentro de la Inclusa	438
ii. Mortalidad post-neonatal ocurrida en pueblos	441
iii. La sífilis en el periodo post-neonatal	445
8.3.2.2. Las causas de la mortalidad juvenil.....	449
A. Mortalidad juvenil ocurrida dentro de la institución	449
B. Mortalidad juvenil ocurrida en pueblos	450
C. Las enfermedades respiratorias en la mortalidad juvenil.....	453
8.4. LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES A LA MUERTE: CONSIDERACIONES SOBRE LOS DIFERENCIALES BIOLÓGICOS Y SOCIALES EN SALUD	455
8.4.1. DIFERENCIAS “BIOLÓGICAS”: SEXO	457
8.4.2. DIFERENCIAS CONTEXTUALES O SOCIALES.....	458
8.4.3. Los diferenciales familiares.....	461
RESUMEN CAPÍTULO 8	465
SUMMARY CHAPTER 8	468
CAPÍTULO 9. LOS DETERMINANTES MATERNOs DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA.....	471
9.1. EL MARCO INTERPRETATIVO DEL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA. UNA APROXIMACIÓN	472
9.1.1. EXTENDIENDO EL ESQUEMA DE LALOU A LA MORTALIDAD EXPÓSITA.....	473
9.1.2. LOS DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA	475

9.1.3. LA MEDIDA DE LOS DETERMINANTES FAMILIARES DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA	484
9.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES COMO DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA	485
9.2.1. LAS VARIABLES DE CONTROL	486
9.2.2. LEGITIMIDAD	488
9.2.3. ORIGEN DE LA MADRE	495
9.2.4. EDAD DE LA MADRE	500
9.2.5. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE EN LOS NIÑOS ABANDONADOS POR OTROS ORÍGENES	502
9.3. DESTINOS COMPARTIDOS: MÁS ALLÁ DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES EN LOS EFECTOS FAMILIARES	505
9.3.1. CONCENTRACIÓN DE DEFUNCIONES INFANTILES Y FAMILIA: EL CASO DE LA INCLUSA	507
9.3.2. LOS GRUPOS DE HERMANOS Y LA MORTALIDAD EXPÓSITA.....	509
9.3.3. ¿EXISTÍAN DESTINOS COMPARTIDOS ENTRE LOS MIEMBROS DE UN GRUPO DE HERMANOS?	511
RESUMEN CAPÍTULO 9	516
SUMMARY CHAPTER 9	519
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES	523
ANCLANDO LA DEMOGRAFÍA EN LA HISTORIA: NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE EL ABANDONO INFANTIL EN INSTITUCIONES	524
DANDO RESPUESTAS DESDE LA DEMOGRAFÍA A PREGUNTAS INEXPLORADAS POR LA HISTORIA	529
VALORACIÓN GLOBAL: LIMITACIONES Y CONTRIBUCIONES	534
CHAPTER 10. CONCLUSIONS	537
ANCHORING DEMOGRAPHY IN HISTORY: NEW PERSPECTIVES ON INFANT ABANDONMENT IN INSTITUTIONS	538
ANSWERING FROM DEMOGRAPHY QUESTIONS UNEXPLORED BY HISTORY	542
GLOBAL ASSESSMENT: LIMITATIONS AND CONTRIBUTIONS	546
ANEXOS	549
ANEXO A	550
ANEXO B	551
ANEXO C	561
ANEXO D	566
ANEXO E	570
ANEXO F	577
BIBLIOGRAFÍA	585

TABLE OF CONTENTS AND TRANSLATION OF THESIS OUTLINE

ACKNOWLEDGEMENTS.....	1
ÍNDICE SINTÉTICO	5
ÍNDICE COMPLETO	8
TABLE OF CONTENTS.....	14
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	21
LIST OF GRAPHS.....	25
ÍNDICE DE TABLAS.....	29
LIST OF TABLES.....	31
ÍNDICE DE MAPAS.....	33
LIST OF MAPS.....	34
INTRODUCCIÓN.....	35
INTRODUCTION.....	39
 CHAPTER 1. THE STUDY OF INFANT ABANDONMENT IN MADRID:	
BACKGROUND, AIMS, SOURCES AND METHODS	71
1.1. LITERATURE REVIEW	71
1.1.1. THE HISTORY OF ABANDONED CHILDREN	72
1.1.2. THE INTRODUCTION OF NEW TRENDS IN DEMOGRAPHY IN INFANT ABANDONMENT	75
1.1.3. The future: history and demography of foundlings.....	77
1.2. RESEARCH APPROACH AND AIMS	78
1.3. SOURCES	81
1.3.1. THE FHM OF MADRID LONGITUDINAL DATABASE (FHMLD)	81
1.3.1.1. The basic longitudinal database.....	83
1.3.1.2. Extended database of abandonment notes.....	85
1.3.1.3. The 1915 sample.....	86
1.3.2. OTHER STATISTICAL SOURCES	87
1.3.3. CONTEXTUAL INFORMATION	87
1.3.3.1. Archival material: The FHM, The Hospice of Our Lady of the Peace and the Maternity Hospital	87
1.3.3.2. General daily press	88
1.3.3.3. Medical and Welfare information	89
1.4. METHODOLOGY	90
1.4.1. Part I: historical and demographic analysis.....	90
1.4.2. Part II: demographic and statistical analysis	92
 PART ONE. DEPOSIT OF FOUNDLINGS IN THE FOUNLING HOSPITAL... 99	
CHAPTER 2: INFANT ABANDONMENT: SOCIETY, LEGISLATION AND MEDICAL DISCOURSE	101
2.1. INFANT ABANDONMENT, ILLEGITIMACY AND FAMILY STRATEGIES	101
2.2. INFANT ABANDONMENT IN SPAIN	109
2.2.1. INFANT ABANDONMENT IN SPAIN UNTIL THE 19TH CENTURY	110

2.2.2. THE CONTEXT OF INFANT ABANDONMENT FROM MID-19TH CENTURY ONWARDS	111
2.2.2.1. Bourgeoisie ideology, welfare provision and the ‘Social Question’ ...	112
2.2.2.2. The concern over “the problem of childhood”	115
2.2.2.3. Abandonment and the discourse over women and maternity	122
2.2.3. THE REALITY OF INFANT ABANDONMENT FROM THE SOCIAL ACTION TO THE INTERVENING STATE	127
RESUMEN CAPÍTULO 2	133
SUMMARY CHAPTER 2	136
CHAPTER 3. MADRID, 1890-1936: SOCIETY AND DEMOGRAPHY.....	139
3.1. MADRID, A STAGE IN TRANSFORMATION	140
3.2. THE FHM AND THE MADRILENIAN DEMOGRAPHIC DYNAMIC.....	146
3.2.1. THE DEMOGRAPHIC GROWTH OF THE CITY OF MADRID	147
3.2.2. NEW MADRILENIANS: FERTILITY AND ILLEGITIMACY	151
3.2.2.1. Births and fertility.....	151
3.2.2.2. Illegitimate fertility and illegitimacy rate	155
3.2.3. Madrid, “the city of death”	162
3.2.4. Migration to Madrid	166
3.3. THE FHM AND THE MADRILINEAN ASSISTANCE OFFER	170
RESUMEN CAPÍTULO 3	176
SUMMARY CHAPTER 3	179
CHAPTER 4. THE FOUNDLING HOSPITAL OF MADRID AND THE MATERNITY HOSPITAL: ANTECEDENTS, CHANGES AND TRENDS IN PREGNANT WOMEN AND FOUNDLINGS ATTENDANCE IN MADRID.....	183
4.1. ANTECEDENTS: THE FHM AND THE MATERNITY HOSPITAL UNTIL THE END OF 19TH CENTURY	184
4.1.1. FROM FOUNDATION TO THE END OF 17TH CENTURY	184
4.1.2. THE FHM UNDER THE BOARD OF LADIES AND THE REGULATION (1799-1850)	185
4.1.3. THE WELFARE LAW OF 1849 AND THE ESTABLISHMENT OF THE MATERNITY HOSPITAL	190
4.1.3.1. Attention to poor pregnant women in Madrid in mid 19th century.....	190
4.1.3.2. The 1853 failure	191
4.1.3.3. The foundation of the Maternity Hospital and its regulations.....	193
4.1.3.4. The new building.	195
4.1.4. THE JOINT REGULATIONS OF 1877 AND 1888 AND THE INNER WORKING OF THE INSTITUTION BEFORE THE TURN OF THE CENTURY	196
4.2. THE FHM AND THE MATERNITY HOSPITAL IN THE CONTEXT OF THE BATTLE TO REDUCE INFANT MORTALITY	200
4.2.1. THE CRISIS OF THE DEBT TO THE WET NURSES: EVIL BORN OF OLD ABUSES.....	201
4.2.2. THE FIRST DECADES OF THE CENTURY AND THE 1915 MODIFICATIONS TO THE REGULATIONS.....	205
4.2.2.1. Critical views from medicine	205
4.2.2.2. Changes and developments during the first decades of the century....	207
4.2.3. THE BEGINNINGS OF THE CHANGE: “THE HERODIAD” (“LA HERODIADA”) IN 1918 AND THE FIRST REMOVAL	211

4.2.3.1. “The Herodiad”	211
4.2.3.2. Practical & structural solutions: wet nurses, turning wheel & removal	215
4.2.4. THE 1927 PRESS CAMPAIGN AND THE ORIGINS OF THE PROVINCIAL INSTITUTE OF CHILDCARE (INSTITUTO PROVINCIAL DE PUERICULTURA)	218
4.2.4.1. The year of the change: 1927	218
4.2.4.2. The origins of the Provincial Institute of Childcare (Instituto Provincial de Puericultura).	222
RESUMEN CAPÍTULO 4	226
SUMMARY CHAPTER 4	229
CHAPTER 5. THE USES OF THE FOUNDLING HOSPITAL, THE FOUNDLINGS AND THEIR FAMILIES	233
5.1. RESORTING TO THE FOUNDLING HOSPITAL	233
5.1.1. CAUSES OF ABANDONMENT: DISCOURSE AND REALITY	233
5.1.2. TRAJECTORIES, USES AND STRATEGIES	238
5.1.3. DIFFERENTIATING TECHNICAL ABANDONMENTS	244
5.2. CHILDREN ADMITTED AT THE FOUNDLING HOSPITAL	248
5.2.1. CHILDREN BORN IN THE MATERNITY HOSPITAL	249
5.2.1.1. Children’s and abandonment characteristics	249
5.2.1.2. Maternal characteristics and circumstances	253
A. Basic maternal characteristics	255
i. Mother’s marital status and children legitimacy	255
ii. Mother’s origin	257
iii. Mother’s age	259
B. Other maternal characteristics: Mothers abandoning in 1915-1916	261
i. Mother’s place of residence	261
ii. Mother’s Occupation	263
iii. Mother’s Literacy	264
C. Stable Mothers: household structure of Mothers found in 1915 listing of inhabitants	265
5.2.1.3. Technical abandonments: similarities and differences	267
5.2.2 CHILDREN ABANDONED THROUGH OTHER ORIGINS	269
5.2.2.1. The different origins	269
5.2.2.2. Children’s characteristics	273
5.2.2.3. Maternal characteristics	277
A. Mother’s marital status and children legitimacy	278
B. Additional information	279
C. Notes and causes of abandonment	280
5.3. THE ABANDONMENT OF GROUPS OF SIBLINGS	283
RESUMEN CAPÍTULO 5	291
SUMMARY CHAPTER 5	294
PART TWO: FOUNDLINGS VITAL EXPECTATIONS	297
CHAPTER 6: BREASTFEEDING AT THE FOUNDLING HOSPITAL OF MADRID: MEDICAL IDEOLOGY AND INSTITUTIONAL REALITY	297
6.1. FOUNDLING’S VITAL EXPECTATIONS FROM A LONGITUDINAL PERSPECTIVE.	298
6.2. BREASTFEEDING AT THE FHM	303

6.2.1. MEDICAL DISCOURSE ON MATERNAL, MERCENARY AND ARTIFICIAL BREASTFEEDING IN THE CONTEXT OF THE FHM	304
6.2.2. INTERNAL BREASTFEEDING.....	309
6.2.2.1. The Bottle-feeding Department.....	309
6.2.2.2. Internal wet nurses.....	313
6.2.2.3. The care and feeding of weaned children inside the premises	320
6.2.3. WAITING TIME TO PLACEMENT IN THE COUNTRYSIDE AND EXTERNAL WET NURSES	321
6.3.2.1. Waiting time before placement	321
A. Probability of being placed in the countryside	323
B. Waiting time differences.....	329
6.3.2.2. External wet nurses.....	336
A. Responsible or victims of abuses.....	336
B. Geographic distribution of foundlings placed in the countryside.....	340
6.3.2.3 After the first placement.....	344
RESUMEN CAPÍTULO 6	347
SUMMARY CHAPTER 6	350
CHAPTER 7. RETRIEVAL BY FAMILIES	353
7.1. RETRIEVAL AS AN INDICATOR OF NON-TRADITIONAL USES	354
7.2. AGGREGATED MEASURE OF RETRIEVAL: TRADITIONAL vs. LONGITUDINAL MEASURES	356
7.3. THE INDIVIDUAL EXPERIENCE: THE DETERMINANTS OF RETRIEVAL AND ITS STUDY	359
7.3.1. The theoretical Framework.....	360
7.3.2. Probabilities of being retrieved	364
7.3.2.1 Probabilities of experiencing an early retrieval: technical abandonments	366
A. Control variables.....	366
B. Maternal characteristics	368
7.3.2.2. Probabilities of experiencing a regular retrieval: successful temporary abandonments.....	370
A. Control variables.....	372
B. Maternal characteristics	376
RESUMEN CAPÍTULO 7	380
SUMMARY CHAPTER 7	383
CHAPTER 8. INFANT AND CHILD MORTALITY IN THE FOUNDLING HOSPITAL OF MADRID	387
8.1. MORTALITY IN THE FHM AND ITS CONTEXT: SPAIN AND EUROPE A	388
8.1.1. General mortality.....	389
8.1.2. Infant mortality	392
8.2. THE TIME OF DYING IN THE FHM: AGE-SPECIFIC MORTALITY AND THE EVOLUTION OF THE RISK OF DYING ACROSS TIME	396
8.2.1. Age-specific mortality evolution across time.....	397
8.2.2. Risk of dying in foundling life	404
8.2.2.1. Infant mortality	406
A. The mortality rise in the second week of life: the institutional effect.	407

B. Mortality rise between the second and third month: institutional effect scarring	411
8.2.2.2. Early childhood mortality	415
8.2.2.3. Different places, similar risks	418
8.3. CAUSE OF DEATH MORTALITY IN THE FHM	420
8.3.1. From diagnostic expressions to causes of death in the FHM: overcoming medical ideology.	421
8.3.2. Evolution of causes of death evolution	431
8.3.2.1. Causes of death in infancy	433
A. Neonatal mortality inside the institution	434
B. Post-neonatal mortality	437
i. Post-neonatal mortality inside the FHM	437
ii. Post-neonatal mortality of children placed in the countryside	440
iii. Syphilis in infancy	443
8.3.2.2. Causes of death in early childhood	447
A. Early childhood mortality inside the institution	447
B. Early childhood mortality of children placed in the countryside	449
C. Respiratory diseases in early childhood	452
8.4. VULNERABLE GROUPS: BIOLOGICAL AND SOCIAL MORTALITY DIFFERENTIALS	454
8.4.1. Biological factors	455
8.4.2. Contextual or social factors	457
8.4.3. Maternal factors	460
RESUMEN CAPÍTULO 8	463
SUMMARY CHAPTER 8	466
 CHAPTER 9. MATERNAL DETERMINANTS ON FOUNDLING MORTALITY	469
9.1. INTERPRETATIVE FRAMEWORK TO FOUNDLING MORTALITY: AN APPROXIMATION	470
9.1.1. Extending Lalou's diagram to foundling mortality	471
9.1.2. The determinants of foundling mortality	473
9.1.3. Measuring maternal factors in foundling mortality	482
9.2. MATERNAL CHARACTERISTICS AS DETERMINANTS OF FOUNGLINGS MORTALITY	483
9.2.1. Control variables	484
9.2.2. Legitimacy	486
9.2.3. Mother's origin	493
9.2.4. Mother's age	498
9.2.5. Mother's information for children abandoned through Other Origins ABANDONADOS POR OTROS ORÍGENES	500
9.3. SHARED DESTINIES: BEYOND MATERNALS CHARACTERISTICS IN FAMILY EFFECTS	503
9.3.1. Infant death clustering in families: the case of the Foundlings Hospital ...	505
9.3.2. Groups of siblings and foundling mortality	507
9.3.3. Were there shared destinies between abandoned siblings?	509
RESUMEN CAPÍTULO 9	514
SUMMARY CHAPTER 9	517
 CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES	521

ANCLANDO LA DEMOGRAFÍA EN LA HISTORIA: NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE EL ABANDONO INFANTIL EN INSTITUCIONES DANDO RESPUESTAS DESDE LA DEMOGRAFÍA A PREGUNTAS INEXPLORADAS POR LA HISTORIA	527
VALORACIÓN GLOBAL: LIMITACIONES Y CONTRIBUCIONES.....	531
CHAPTER 10. CONCLUSIONS	535
ANCHORING DEMOGRAPHY IN HISTORY: NEW PERSPECTIVES ON INFANT ABANDONMENT IN INSTITUTIONS	536
ANSWERING FROM DEMOGRAPHY QUESTIONS UNEXPLORED BY HISTORY.....	540
GLOBAL ASSESSMENT: LIMITATIONS AND CONTRIBUTIONS.....	544
ANEX.....	547
ANNEX A	548
ANNEX B	549
ANNEX C	559
ANNEX D	564
ANNEX E.....	568
ANNEX F	575
BIBLIOGRAPHY.....	583

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Objetos de estudio y disciplinas implicadas en el estudio del abandono infantil.....	51
Gráfico 1.2. Información recogida en los Libros de Entradas y Salidas.	54
Gráfico 1.3. Número de casos anuales disponible.....	56
Gráfico 1.4. Conceptualización de la vida de los expósitos bajo la perspectiva del análisis longitudinal.....	66
Gráfico 3.1. Crecimiento poblacional de Madrid y Barcelona comparado con el de España, 1860-1940.....	148
Gráfico 3.2. Tasa bruta de natalidad (TBN), tasa bruta de mortalidad (TBM) y población de Madrid, 1897-1931.....	149
Gráfico 3.3. Distribución de nacimientos en instituciones de beneficencia en la ciudad de Madrid, 1903-1931.....	154
Gráfico 3.4. Estructura de edad, sexo y estado civil para la población de la ciudad de Madrid, 1900 y 1930.....	157
Gráfico 3.5. Tasa bruta de mortalidad de los distritos madrileños, 1904-1930.....	164
Gráfico 3.6. Tasa de mortalidad infantil de los distritos madrileños, 1903-1931.....	165
Gráfico 4.1. Esquema del sistema de entrada y salida de los niños admitidos en la Inclusa.....	188
Gráfico 5.1. Trayectorias posibles de madres y niños para distintos usos de Inclusa.....	240
Gráfico 5.2. Universo de intenciones, hechos conocidos y desconocidos detrás de las trayectorias vitales dentro de la institución.....	243
Gráfico 5.3. Trayectorias posibles de madres y niños para aquellos admitidos a través de la Casa de Maternidad y posteriormente recogidos.....	245
Gráfico 5.4. Entradas anuales y abandonos a la Inclusa y, específicamente, de la Maternidad.....	246
Gráfico 5.5. Tasas de abandono en Madrid según diferentes criterios.....	247
Gráfico 5.6. Entradas anuales según el origen.....	248
Gráfico 5.7. Distribución de admisiones anuales en la Casa de Maternidad de abandonos técnicos y abandonos regulares según edad de entrada.....	250
Gráfico 5.8. Desviación porcentual mensual sobre la media de abandonos a través de Maternidad para los casos técnicos y los abandonos regulares para 1890-1935 comparada con la media de Madrid para 1900-1901 y 1929-1930.....	253
Gráfico 5.9. Distribución de los abandonos regulares a través de Maternidad según legitimidad.....	256
Gráfico 5.10. Distribución de los abandonos regulares a través de Maternidad según el origen de la madre.....	259
Gráfico 5.11. Distribución de los abandonos regulares a través de Maternidad según edad de la madre.....	260
Gráfico 5.12. Evolución de los grupos de orígenes para los niños admitidos a través de Otros Orígenes.....	270
Gráfico 5.13. Distribución de admisiones anuales según la edad de entrada a través de Otros Orígenes.....	274
Gráfico 5.14. Desviación porcentual mensual sobre la media de abandonos a través de Otros Orígenes según la edad de admisión para 1890-1935 comparada con la media de Madrid para 1900.....	277

Gráfico 5.15. Distribución de los niños abandonados a través de Otros Orígenes según legitimidad.....	279
Gráfico 5.16. Distribución de los niños abandonados a través de Otros Orígenes según información declarada por la madre	280
Gráfico 5.17. Trayectorias posibles de madres y niños para los grupos de hermanos.	289
Gráfico 6.1. Evolución del resultado final de las vidas institucionalizadas de los expósitos abandonados en la Inclusa de Madrid en toda su trayectoria institucionalizada, 1890-1935.....	299
Gráfico 6.2. Las distintas posibilidades y sus momentos de ocurrencia en la experiencia expósita.....	301
Gráfico 6.3. Efecto acumulado del tratamiento institucional sobre la salud expósita..	308
Gráfico 6.4. Comparación del número de niños enviados a lactar y la probabilidad de ser enviado a lactar si seguían vivos en la institución (durante los 100 días siguientes a la admisión).....	325
Gráfico 6.5. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar según el periodo de admisión.	326
Gráfico 6.6. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar según la edad a la entrada para diferentes periodos.....	328
Gráfico 6.7. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función de la estación de abandono para diferentes periodos.	330
Gráfico 6.8. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función del sexo para diferentes periodos.....	332
Gráfico 6.9. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función del origen para diferentes periodos.....	333
Gráfico 6.10. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar para los menores de 1 año en función de la legitimidad para diferentes periodos.....	334
Gráfico 6.11. Posibles trayectorias de los expósitos una vez enviados a lactar al campo.	345
Gráfico 7.1. Importancia de los dos tipos de retorno en la Inclusa: temprano y regular.	356
Gráfico 7.2. Esquema del estudio del retorno durante la vida de los expósitos.....	358
Gráfico 7.3. Probabilidad de recuperación temprana y regular en la Inclusa (en distintos intervalos anuales), 1890-1935.....	359
Gráfico 7.4. Propuesta de marco interpretativo de los determinantes de la recuperación por padres.	361
Gráfico 7.5. Probabilidad de experimentar una recogida temprana en función de las variables de control (ajustada por el modelo).....	368
Gráfico 7.6. Probabilidad de experimentar una recogida temprana en función de las variables maternas (ajustada por el modelo)	369
Gráfico 7.7. Probabilidad de experimentar una recogida regular a través de la Maternidad y de Otros Orígenes antes de los 7 años.....	371
Gráfico 7.8. Probabilidad de experimentar una recuperación regular en función de las variables de control.....	373
Gráfico 7.9. Probabilidad de experimentar una recuperación regular en función de variables de control adicionales.....	375
Gráfico 7.10. Probabilidad de experimentar una recuperación regular en función de las variables familiares.....	377
Gráfico 8.1. Mortalidad general en las inclusas de varias ciudades españolas, 1850-1935.	391
Gráfico 8.2. Mortalidad infantil en algunas inclusas españolas, 1854-1935.....	394

Gráfico 8.3. Mortalidad infantil, mortalidad general y mortalidad antes de los 5 años en la Inclusa de Madrid según medidas tradicionales y longitudinales, 1890-1935.	398
Gráfico 8.4. Probabilidad de morir a distintos aniversarios calculada para por generación de nacimiento (cohorte) o por año de defunción (periodo) para la Inclusa de Madrid, 1890-1935.	401
Gráfico 8.5. Mortalidad infantil (0 a 1 año) y juvenil (1 a 4 años) en la Inclusa, 1890-1935.	403
Gráfico 8.6. Función del riesgo instantáneo durante el primer año de vida para los cuatro periodos.	407
Gráfico 8.7. Función del riesgo instantáneo durante el primer año de vida para los cuatro periodos en función de la edad de entrada a la institución.	408
Gráfico 8.8. Función del riesgo instantáneo durante los primeros 100 días de vida en la institución, 1916-1935.	415
Gráfico 8.9. Función del riesgo instantáneo desde el primer al quinto aniversario para los cuatro periodos.	416
Gráfico 8.10.a y b. Función del riesgo instantáneo desde el nacimiento/abandono hasta el quinto aniversario (total y clasificado por edad a la entrada).	417
Gráfico 8.11. Función del riesgo instantáneo desde el primer hasta el quinto aniversario para los cuatro periodos, por edad a la entrada.	418
Gráfico 8.12. Función del riesgo instantáneo desde la admisión hasta el quinto aniversario en función del envío a lactar al campo con una nodriza externa.	420
Gráfico 8.13. Número de defunciones anuales de menores de un 1 año por grupos de causas en la Inclusa, 1890-1935.	428
Gráfico 8.14. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo neonatal dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.	436
Gráfico 8.15. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo neonatal entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.	437
Gráfico 8.16. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo post-neonatal entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.	439
Gráfico 8.17. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo post-neonatal entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.	440
Gráfico 8.18. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo post-neonatal para niños enviados a lactar. Clasificación original.	442
Gráfico 8.19. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo post-neonatal para niños enviados a lactar. Clasificación original.	443
Gráfico 8.20. Defunciones por sífilis, 1890-1935.	448
Gráfico 8.21. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo juvenil entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.	450
Gráfico 8.22. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo juvenil para niños enviados a lactar. Clasificación original.	451
Gráfico 8.23. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo juvenil para niños enviados a lactar. Clasificación original.	452
Gráfico 8.24. Probabilidad de morir según sexo en la etapa infantil y juvenil.	458
Gráfico 8.25. Probabilidad de morir según estación de nacimiento en la etapa infantil y juvenil.	460
Gráfico 8.26. Probabilidad de morir según origen en la etapa infantil y juvenil.	461
Gráfico 8.27. Probabilidad de morir según legitimidad en la etapa infantil y juvenil.	462
Gráfico 8.28. Probabilidad de morir según edad de la madre en la etapa infantil y juvenil.	463

Gráfico 9.1. Propuesta de marco interpretativo de los determinantes de la mortalidad expósita.....	476
Gráfico 9.2. Diferencias en la probabilidad de morir en función de la filiación para los intervalos neonatal, post-neonatal y juvenil en función de la filiación.	491
Gráfico 9.3. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para los niños procedentes de Otros Orígenes, en función de la filiación.	493
Gráfico 9.4. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para los niños procedentes de Maternidad en función de la filiación.	494
Gráfico 9.5. Diferencias en la probabilidad de morir para aquellos niños abandonados a través de la Maternidad en función del origen de la madre.	496
Gráfico 9.6. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para los niños abandonados en Maternidad en función del origen de la madre.	499
Gráfico 9.7. Diferencias en la probabilidad de morir para aquellos niños abandonados a través de la Maternidad en función de la edad de la madre.	502
Gráfico 9.8. Diferencias en la probabilidad de morir para aquellos niños abandonados a través de Otros Orígenes en función de la información dejada por la madre.	503
Gráfico 9.9. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para aquellos abandonados por Otros Orígenes en función de la información dejada por la madre. .	504
Gráfico 9.10. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir en función de la pertenencia a un grupo de hermanos.	510
Gráfico A.1. Comparación entre el número de casos anuales ingresados en la institución y el número de casos de la base de datos para cada año una vez incorporada la información de los segundos abandonos en el registro previo.	550
Gráfico B.1. Distribución de nacimientos en Madrid y en la Inclusa según la edad de las madres dando a luz en la Casa de Maternidad (porcentajes).	554
Gráfico B.2. Distribución de los abandonos técnicos según legitimidad.	554
Gráfico B.3. Distribución de los abandonos técnicos según origen de la madre.	555
Gráfico B.4. Distribución de los abandonos técnicos según edad de la madre.	555
Gráfico C.1. Anuncio de Natel publicada en El Sol, 7 de enero de 1927, pág.5.	561
Gráfico C.2. Anuncio de Natel publicada en La Vanguardia, 11 de noviembre de 1932, pág.11	561
Gráfico C.3. Cambio del eje temporal (de la edad a los días desde la admision) para el estudio longitudinal del tiempo hasta el envía o lactar).	562
Gráfico C.4. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función del origen para varios periodos para los menores de 1 año	564
Gráfico E.1. Probabilidad de morir en distintos aniversarios según la corte de nacimiento desplazada al año de la ocurrencia de la defunción y según el año de defunción en la Inclusa de Madrid, 1890-1935.	570
Gráfico E.2. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo neonatal. Clasificación original.	574

LIST OF GRAPHS

Graph 1.1. Research topics and disciplines involved in the study of infant abandonment.	79
Graph 1.2. Information collected in the Admission Books and Entries and Exits Books.	82
Graph 1.3. Number of available cases.	84
Gráfico 1.4. Foundling's lives conceptualization under a longitudinal approach.	93
Graph 3.1. Population growth of the cities of Madrid and Barcelona compared to Spain, 1860-1940.	148
Graph 3.2. Crude Death Rate (CDR), Crude Birth Rate (CDR) and population of Madrid, 1897-1931.	149
Graph 3.3. Birth distribution across charity institutions in the city of Madrid, 1903-1931.	154
Graph 3.4. Population structure according to age, sex, and marital status for the city of Madrid, 1900 and 1930.	157
Graph 3.5. Crude Death Rate for Madrilenian districts, 1904-1930.	164
Graph 3.6. Infant mortality rate for Madrilenian districts, 1903-1931.	165
Graph 4.1. Diagram of the admission and exits system of children admitted at the Foundling Hospital.	188
Graph 5.1. Possible life trajectories of mother and children for different uses of the Foundling Hospital.	240
Graph 5.2. Universe of intentions, known and unknown facts behind vital trajectories in the institution.	243
Graph 5.3. Possible life trajectories of mother and children for those admitted through the Maternity Hospital and later retrieved.	245
Graph 5.4. Annual admissions and abandonments in the Foundling Hospital and, specifically, in the Maternity Hospital.	246
Graph 5.5. Abandonment rates in Madrid according to different criteria.	247
Graph 5.6. Annual admissions according to origin.	248
Graph 5.7. Distribution of annual regular abandonments and technical abandonments through the Maternity Hospital according to age at admission.	250
Graph 5.8. Monthly percentage deviation from average of abandonment through the Maternity Hospital for technical abandonments and regular abandonments for 1890-1935 compared to Madrid for 1900-1901 and 1929-1930.	253
Graph 5.9. Distribution of regular abandonments admitted through the Maternity Hospital by legitimacy.	256
Graph 5.10. Distribution of regular abandonments admitted through the Maternity Hospital by mother's origin.	259
Graph 5.11. Distribution of children admitted through the Maternity Hospital by mother's age.	260
Graph 5.12. Evolution of groups of origin for children admitted through Other Origins.	270
Graph 5.13. Distribution of annual admissions according to age at admission through Other Origins.	274
Graph 5.14. Monthly percentage deviation from average of abandonment through Other Origins according to age at admission for 1890-1935 compared to Madrid average for 1900-1901.	277
Graph 5.15. Distribution of children admitted through Other Origins by legitimacy.	279

Graph 5.16. Distribution for children admitted through Other Origins by information reported by mother.....	280
Graph 5.17. Possible life trajectories of mother and children for sibship abandonment.	289
Graph 6.1. Evolution of final outcomes after institutionalization of foundlings abandoned at the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935.....	299
Graph 6.2. Possible outcomes and their timing in foundling experience.....	301
Graph 6.3. Cumulative effect of institutional treatment over foundling health.	308
Graph 6.4. Comparison between the percentage of placed children and the probability of being placed in the countryside if they were still alive (for the 100 days after admission).....	325
Graph 6.5. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to different admission periods.	326
Graph 6.6. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to age at admission for different periods.....	328
Graph 6.7. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to season of abandonment at admission for different periods.	330
Graph 6.8. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to sex for different periods.....	332
Graph 6.9. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to means of admission for different periods.....	333
Graph 6.10. Cumulative hazard of being placed in the countryside for children younger than 1 year of age according to legitimacy status for different periods.	334
Graph 6.11. Possible trajectories of foundlings after they have been placed in the countryside with a rural wet nurse.....	345
Graph 7.1. Importance of the two types of retrieval in the Foundling Hospital: early and regular.....	356
Graph 7.2. Diagram for the analysis of retrieval along the foundlings' life course.	358
Graph 7.3. Probability of being an early or regular retrieval (in different annual intervals) in the Foundling Hospital of Madrid.....	359
Graph 7.4. Proposal for an interpretative framework to address the determinants of retrieval by parents.	361
Graph 7.5. Probability of experiencing an early retrieval according to the control variables (adjusted by the model).....	368
Graph 7.6. Probability of experiencing an early retrieval according to the maternal variables (adjusted by model).....	369
Graph 7.7. Probability of experiencing a regular retrieval through the Maternity Hospital and Other Origins up to 7 years.	371
Graph 7.8 Probability of experiencing a regular retrieval according to the control variables.....	373
Graph 7.9.Probability of experiencing a regular retrieval according to additional control variables.....	375
Graph 7.10. Probability of experiencing a regular retrieval according to family variables.....	377
Graph 8.1. Crude mortality rate in the foundling hospitals of several Spanish cities, 1850-1935.....	391
Graph 8.2. Infant Mortality Rate in several Spanish Foundling Hospitals, 1854-1935.	394

Graph 8.3. Infant mortality rate, crude death rate and mortality before 5 years of age in the Foundling Hospital of Madrid according to traditional and longitudinal measures, 1890-1935.....	398
Graph 8.4. Probability of dying at different years computed by generation of birth (cohort) or by year of death (period) for the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935.	401
Graph 8.5. Infant mortality (0-1 year) and early childhood mortality (1- 5 years) in the Foundling Hospital, 1890-1935.....	403
Graph 8.6. Hazard function during the first year of life for the four periods.....	407
Graph 8.7. Hazard Function for the first year of life for the four periods according to age of admission.....	408
Graph 8.8. Hazard function for the first 100 days in the institution across time, 1916-1935.	415
Graph 8.9. Hazard function from first to fifth anniversary for the four periods.	416
Graph 8.10. Hazard function from birth/admission until the 5th anniversary (total and classified by age at admission).	417
Graph 8.11. Hazard function from first to fifth birthday for the four periods, by age at admission.	418
Graph 8.12. Hazard function from admission to 5 years of age according to placement in the countryside.....	420
Graph 8.13. Annual deaths of children younger than 1 year by groups of causes, 1890-1935.	428
Graph 8.14. Probability of dying of different groups of causes of death in the neonatal period. Modified classification.	436
Graph 8.15. Probability of dying from different groups of causes of death in the neonatal period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification.	437
Graph 8.16. Probability of dying from different groups of causes of death in the post-neonatal period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification.	439
Graph 8.17. Probability of dying from different groups of causes of death in the post-neonatal period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification.	440
Graph 8.18. Probability of dying from different groups of causes of death in the post-neonatal period for children placed in the countryside. Original classification.	442
Graph 8.19. Probability of dying from different causes of death in the post-neonatal period for children placed in the countryside. Original classification.....	443
Graph 8.20. Deaths by syphilis, 1890-1935.	448
Graph 8.21. Probability of dying from different groups of causes of death in the early childhoodl period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification.	450
Graph 8.22. Probability of dying from different groups of causes of death in the early childhoodl period for children placed in the countryside. Original classification.....	451
Graph 8.23. Probability of dying from different causes of death in the early childhood period for children placed in the countryside. Original classification.....	452
Graph 8.24. Probability of dying according to sex for the infant and early childhood periods.	458
Graph 8.25. Probability of dying according to season of birth for infant and childhood periods.	460

Graph 8.26. Probability of dying according to origin for infant and childhood periods.	461
Graph 8.27. Probability of dying according to legitimacy for infant and childhood period.	462
Graph 8.28. Probability of dying according to legitimacy for infant and childhood period.	463
Graph 9.1. Proposal for an interpretative framework to address the determinants of foundling mortality.	476
Graph 9.2. Differences in the probability of dying for the neonatal, post-neonatal and early childhood periods by legitimacy status.	491
Graph 9.3. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Other Origins by legitimacy status.	493
Graph 9.4. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Maternity Hospital by legitimacy status.	494
Graph 9.5. Differences in the probability of dying for those children abandoned through the Maternity Hospital by mother's origin.	496
Graph 9.6. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Maternity Hospital by legitimacy status.	499
Graph 9.7. Differences in the probability of dying for those children abandoned through the Maternity Hospital by mother's age.	502
Graph 9.8. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Other Origins by information left by mothers.	503
Graph 9.9. Differences in the probability of dying according for those children abandoned through Other Origins by information left by mothers.	504
Graph 9.9. Differences in the probability of dying according to membership to a sibship.	510
Graph A.1. Comparison between annual number of cases admitted in the Foundling Hospital and the number of cases in the database for each year once second abandonments are incorporated in the first record.	550
Graph B.1. Distribution of births according to mothers's age for those delivering at the Maternity Hospital (percentages).	554
Graph B.2. Distribution of technical abandonments by legitimacy.	554
Graph B.3. Distribution of technical abandonments by mother's origin.	555
Graph B.4. Distribution technical abandonments by mother's age.	555
Graph C.1. Natel Advertisement published on El Sol, January 7 th , 1927, pág.5.	561
Graph C.2. Natel Advertisement published on La Vanguardia, 11 de noviembre de 1932, pág.11.	561
Graph C.3. Time axis change (from age to days to placement) for the longitudinal study of time to placement.	562
Graph C.4. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to means of admisión for different periods for children younger than 1 year.	564
Graph E.1. Probability of dying in different anniversaries according to birth cohort moved forward to the year of actual death and according to year of death in the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935.	570
Graph E2. Probability of dying of different groups of causes of death in the neonatal period. Original classification.	574

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Muestra de casos para los que se consultó el expediente.....	58
Tabla 1.2. Situaciones encontradas al enlazar las mujeres dando a luz en la Casa de Maternidad durante los años 1915-1916 en el padrón de 1915.....	59
Tabla 1.3. Consultas realizadas según la plataforma digital, cronología y criterios de búsqueda.....	61
Tabla 1.4. Número de artículos con información relevante identificados en la búsqueda en las plataformas digitales.....	62
Tabla 5.1. Evolución de la razón entre los sexos para los niños admitidos en la Casa de Maternidad.....	251
Tabla 5.2. Dedicación declarada por las mujeres dando a luz en la Maternidad y abandonando a sus hijos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.....	264
Tabla 5.3. Alfabetización declarada por las mujeres dando a luz en la Maternidad y abandonando a sus hijos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.....	265
Tabla 5.4. Relación con el cabeza de familia y tamaño del hogar de las mujeres que dieron a la luz en 1915-1916 en la Maternidad y que han sido encontradas en el padrón de 1915.....	266
Tabla 5.5. Grupos de orígenes individualizados de los niños no admitidos a través de Maternidad.....	272
Tabla 5.6. Razón entre los sexos para los niños admitidos a través de Otros Orígenes según la edad de admisión.....	276
Tabla 5.7. Tipo de información contenida en la muestra de expedientes consultados para los niños de Otros Orígenes.....	282
Tabla 5.8. Causas reportadas de abandono en la muestra de notas.....	283
Tabla 5.9. Número de niños implicados por los grupos de hermanos abandonados...	285
Tabla 5.10. Comparación de expósitos abandonados individualmente y en grupos...	287
Tabla 5.11. Número de niños implicados por los grupos de hermanos abandonados en función de la edad y el tipo de abandono.....	288
Tabla 6.1. Número de niños por nodriza en las Inclusas españolas en 1918.....	316
Tabla 6.2. Número de nodrizas en distintos pueblos con las que vivía un expósito en los diferentes periodos.....	346
Tabla 8.1. Tasa de mortalidad infantil de varias Inclusas españolas, 1908-1918.....	395
Tabla 8.2. Clasificación de Bernabeu et al simplificada a los dos primeros niveles de clasificación.....	424
Tabla 9.1. Número de defunciones según el número de hermanos en cada grupo.....	512
Tabla 9.2. Efectos familiares subyacentes en la mortalidad de los expósitos según origen. Odds Ratios.....	513
Tabla B.1. Criterio inicial para la imputación de la legitimidad de los niños admitidos a la Inclusa en función de la combinación de estados civiles de los padres.....	551
Tabla B.2. Criterio de imputación de legitimidad para niños con filiación desconocida en función del patrón de coincidencia de apellidos de madres e hijos.....	552
Tabla B.3. Comparación de los resultados de la imputación de legitimidad con la declarada en los padrones de 1900 y 1910.....	553
Tabla B.4. Dirección registrada y enlace con el padrón de 1915 de las madres que dieron a luz en Maternidad en el periodo 1915-1916.....	557
Tabla B.5. Dedicación declarada por las mujeres que realizaron abandonos técnicos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.....	558

Tabla B.6. Alfabetización declarada por las mujeres que realizaron abandonos técnicos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.....	558
Tabla B.7. Relación con el cabeza de familia y tamaño del hogar de las mujeres que realizaron abandonos técnicos en 1915-1916 en Maternidad y que han sido encontradas en el padrón de 1915.....	559
Tabla B.8. Número de niños implicados por los grupos de hermanos abandonados en función de edad, tipo de abandono y filiación.....	560
Tabla C.1. Distribución total de destinos.	561
Tabla C.2. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función de la estación de abandono. Comparación de eventos observados y esperados.	563
Tabla C.3. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función del sexo. Comparación de eventos observados y esperados.....	563
Tabla C.4. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función del origen. Comparación de eventos observados y esperados.....	563
Tabla C.5. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función de la filiación. Comparación de eventos observados y esperados.	564
Tabla C.6. Ranking de pueblos con un mayor número de nodrizas lactando a niños en los distintos periodos.	565
Tabla D.1. Resultados de los modelos multivariantes (regresión logística) para recuperación temprana en la Casa de Maternidad.	566
Tabla D.2. Resultados de los modelos multivariantes (regresión logística) para recuperación regular para la Casa de Maternidad y Otros Orígenes.	568
Tabla E.1. Probabilidades de muerte calculadas según los 3 métodos: cohorte tradicional, cohorte ajustada y periodo ajustado al tiempo.	571
Tabla E.2. Factores de ponderación obtenidos de la relación entre la mortalidad calculada según la tasa de cohorte tradicional y la ajustada al tiempo utilizados para obtener comparabilidad en la estimación de la mortalidad por periodo.....	573
Tabla E.3. Estimaciones de mortalidad para los distintos periodos vitales diferenciados por aquellos que se conservaron en la Inclusa y aquellos que fueron enviados a lactar. Estimación por el sistema tradicional, eventos/individuos, (Trad) y ajustado por el tiempo en riesgo (Aj), y factor de ponderación que debe emplearse para obtener las segundas de las primeras.	575
Tabla F.1. Resultados de los modelos multivariantes (regression de Cox para riesgos proporcionales) para mortalidad para el origen Casa de Maternidad.....	577
Tabla F.2. Resultados de los modelos multivariantes (regression de Cox para riesgos proporcionales) para mortalidad para Otros Orígenes.....	579
Tabla F.3. Resultados de los modelos multivariantes para el estudio del efecto de la pertenencia a un grupo de hermanos abandonados en la mortalidad	581

LIST OF TABLES

Table 1.1. Sample of cases whose personal file was checked.....	86
Table 1.2. Situations found when searching for women giving birth in the Maternity Hospital during the period 1915-1916 in the 1915 listing of inhabitants.....	86
Table 1.3 Queries performed for each digital platform, chronology and search criteria.....	88
Table 1.4. Number of articles with relevant information found in the digital platforms search.....	89
Table 5.1. Sex ratio evolution for children admitted through the Maternity Hospital.	251
Table 5.2. Declared professional occupation of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address.....	264
Table 5.3. Declared literacy of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address.....	265
Table 5.4. Relationship to head of household and household size of mothers giving birth in the Maternity Hospital in 1915-1916 that had been found in the 1915 listing of inhabitants.....	266
Table 5.5. Groups of origins of children not admitted through the Maternity Hospital.....	272
Table 5.6. Sex ratio for children admitted through Other Origins according to age at admission.....	276
Table 5.7. Type of information contained in the sample of checked files for children abandoned through Other Origins.....	282
Table 5.8. Reported causes of abandonment from the sample of notes.....	283
Table 5.9. Number of children involved in sibship abandonment.....	285
Table 5.10. Comparison of characteristics of single and sibship abandonments by age at admission.....	287
Table 5.11. Number of children involved in sibship abandonment according to age at admission and type of abandonment.....	288
Table 6.1. Number of children per wetnurse in the Spanish foundling hospitals in 1918.....	316
Table 6.2. Number of wet nurses in different villages with whom a foundling lived for the different periods.....	346
Table 8.1. Infant Mortality rate in several Spanish Foundling Hospitals, 1908-1918.....	395
Table 8.2. Bernabeu et al simplified classification to the first two levels of classification.....	424
Table 9.1. Number of deaths according to number of siblings per sibship.....	512
Table 9.2. Underlying family effects in foundling mortality according to origin. Odds ratios.....	513
Table B.1. Initial criterion to impute legitimacy for those children admitted at the Foundling Hospital according to the combination of their parents reported marital status.....	551
Table B.2. Legitimacy imputation criterion for children with unknown legitimacy according to the agreement pattern of mother's and children surnames.....	552
Table B.3. Comparison between legitimacy imputation results and the declared legitimacy by women found in 1900 and 1910 census.....	553
Table B.4. Address reported and linkage to 1915 listing of inhabitants for mothers giving birth in the Maternity Hospital in the period 1915-1916.....	557
Table B.5. Declared professional occupation of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address.....	558

Table B.6 Declared literacy of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address.....	558
Table B.7. Relationship to head of household and household size of mothers giving birth in the Maternity Hospital in 1915-1916 that had been found in the 1915 listing of inhabitants.....	559
Table B.8 Number of children involved in sibship abandonment according to age at admission and type of abandonment	560
Table C.1. Total distribution by destinies.	561
Table C.2. Test of equality of the probability of being placed according to abandonment season. Comparison of observed and expected events.....	563
Table C.3. Test of equality of the probability of being placed according to sex. Comparison of observed and expected events.....	563
Table C.4. Test of equality of the probability of being placed according to origin. Comparison of observed and expected events.....	563
Table C.5. Test of equality of the probability of being placed according to legitimacy status. Comparison of observed and expected events.....	564
Table C.6. Ranking of villages with higher number of wetnurses with foundlings from the Foundling Hospital of Madrid.	565
Table D.1. Results from multivariate models (logistic regression) for early retrieval from the Maternity Hospital.	566
Table D.2. Results from multivariate models (logistic regression) for early retrieval from the Maternity Hospital.	568
Table E.1. Probabilities of dying according to the three used methods –traditional cohort, adjusted cohort and adjusted period.	571
Table E.2. Weight factors obtained from the relationship between tradicional cohort-computed mortality and time adjusted cohorte mortality to obtain comparability for the period estimation.	573
Table E.3. Mortality estimations for the different vital periods according to being kept in the institution or placed in the countryside. Computed using the tradicional system, events/subjects- (Trad) and adjusted by time at risk, (Aj) plus weight factor to obtain the later from the former.....	575
Table F.1. Results from multivariate models (proportional hazards Cox regression) for mortality for the Maternity Hospital.....	577
Results from multivariate models (proportional hazards Cox regression) for mortality for Maternity Hospital.	579
Table F.3. Results from multivariate models for the study of membership to an abandoned sibship on mortality.....	581

ÍNDICE DE MAPAS

Mapas 3.1. a y b. Distribución de la tasa bruta de natalidad (TBN) en los distritos de la ciudad de Madrid (1903 y 1930).	153
Mapas 3.2. Distribución del porcentaje de ilegitimidad en los distritos de la ciudad de Madrid, 1903-1930.	159
Mapas 3.3. a y b. Origen de los inmigrantes residiendo en la ciudad de Madrid en 1920: a) Porcentaje de inmigrantes según provincia de origen; b) Sex ratio de la población presente en Madrid de las distintas provincias.	169
Mapa 5.1. Distrito de residencia declarado por las mujeres que dieron a luz en la Maternidad y abandonaron a sus hijos en 1915-1916.	262
Mapa 6.1. Distribución de provincias en las que residieron expósitos con nodrizas externas (en la primera lactancia externa), 1890-1935.	341
Mapa 6.2. Distribución de los municipios de residencia de las nodrizas externas.....	343
recogiendo expósitos de la Inclusa (provincias de Madrid, Toledo, Guadalajara y Ávila).	343
Mapa B.1. Distribución de los orígenes de las madres dando a luz en la Casa de Maternidad (porcentajes).	553
Mapa B.2. Distrito de residencia declarado por las mujeres que realizaron abandonos técnicos en la Maternidad en 1915-1916.	556

LIST OF MAPS

Maps 3.1. a and b. Crude Birth Rate (CBR) distribution across the districts of the city of Madrid (1903 and 1930).	153
Maps 3.2. a and b. Illegitimacy ratio distribution in the districts of the city of Madrid, 1903 and 1930.	159
Maps 3.3. a and b. Origin of immigrants living in the city of Madrid in 1920: a) Percentage of non-native residents in Madrid according to province of origin; b) Sex ratio of non-native population residing in Madrid according to origin.	169
Map 5.1. Declared district of residence by women delivering and abandoning children at the Maternity Hospital in 1915-1916.	262
Map 6.1. Province of residence of foundlings being cared for external wet nurses (first placement), 1890-1935.	341
Map 6.2. Distribution of municipalities of residence for external wet nurses breastfeeding foundlings (provinces of Madrid, Toledo, Guadalajara and Ávila).	343
Map B.1. Regional distribution mothers delivering at the Maternity Hospital origins (percentages).	553
Map B.2. Declared district of residence by women carrying out technical abandonmetns at the Maternity Hospital in 1915-1916.	556
.....	551

INTRODUCCIÓN

El abandono infantil en instituciones de caridad o beneficencia ha sido un tema ampliamente abordado por la historia asistencial tanto en nuestro país como en el extranjero. Su estudio ha permitido un acercamiento a las vidas de una sub-población que había permanecido invisible para la historia, el análisis de los cambios en la administración y gestión de la beneficencia y el estudio de las dinámicas demográficas de esta población. La historiografía sobre este tema ha sido abundante durante las décadas pasadas, lo que ha incrementado nuestro conocimiento del fenómeno aunque, en consecuencia, ha reducido la cantidad y la capacidad de innovación de la investigación dirigida a comprender la experiencia expósita en los últimos años. Fundamentalmente se ha realizado replicando las mismas formas y análisis descriptivos, limitando el horizonte de la investigación a la confirmación de patrones y características en distintos contextos.

A mediados de los años 90 se realizaron una serie de trabajos apostando por una renovación metodológica que pasaba por la adopción de innovaciones teóricas y metodológicas (procedentes de la demografía que las había tomado prestadas de otras disciplinas), que permitieron atisbar una apertura del espacio de preguntas y temas de investigación sobre expósitos. Estas aportaciones apenas han penetrado en el cuerpo de la historiografía nacional pero creemos que su recuperación puede traer de nuevo la infancia abandonada a una posición más importante en la investigación contemporánea. Al ofrecer la posibilidad de analizar aspectos no abordados (o escasamente abordados) hasta el momento y abrir la puerta a una visión mucho más rica y compleja de la experiencia expósita puede ser el complemento perfecto de las perspectivas estrictamente históricas tradicionalmente usadas¹.

Sin minusvalorar la orientación previa, que ha llevado al campo al grado de conocimiento actual, hoy en día la investigación no pueden consignarse exclusivamente a territorios ya explorados. Por tanto, esta tesis se enmarca en esta coyuntura, como un esfuerzo interdisciplinar de aunar las perspectivas y aportaciones de la demografía y la historia para ofrecer una visión integrada del abandono infantil y sus consecuencias en las vidas de los expósitos. Hemos utilizado las fortalezas de ambas disciplinas y de sus divergentes intereses para iluminar vacíos historiográficos, implementando una metodología mixta para tratar de hacer avanzar los estudios de expósitos más allá de las limitaciones específicas de cada una de ellas.

Así, el objetivo de esta tesis es estudiar la utilización de la Inclusa para el depósito de niños a principios del siglo XX y las expectativas vitales de éstos durante su institucionalización. Por un lado, se ha abordado la especificidad histórica, cronológica,

¹ Esta tesis doctoral es el resultado de un trabajo realizado en el marco de varios proyectos sobre la mortalidad de la ciudad de Madrid en el periodo 1890-1935 en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) dirigidos por D. Ramiro Fariñas (SEJ2005-06334 y CSO2008-06130/SOCI) y de la beca predoctoral de Formación del Personal Investigador (BES-2006-13707). Una aproximación inicial a este tema fue realizada en el Trabajo Académico de Tercer Ciclo defendido en el Departamento de Historia Contemporánea de la Universidad Complutense de Madrid en septiembre de 2006 titulada “La Inclusa de Madrid durante la primera mitad del siglo XX: entre los usos de la beneficencia y la demografía de los expósitos. Madrid, 1900-1930” y fue dirigido por D. Ramiro Fariñas y L.E. Otero Carvajal.

asistencial y demográfica del recurso a la Inclusa en este periodo, analizando sus diferentes usos y sus implicaciones en las opciones de las clases populares. Por otro lado, se han estudiado los tres acontecimientos prioritarios que podían experimentar los expósitos una vez admitidos: el envío a lactar, que suponía una fase intermedia no experimentada por todos los niños; la defunción, que afectaba a la gran mayoría de los expósitos; y el retorno a padres, que, pese a ser un destino minoritario en origen, adquirió una gran importancia en relación con el cambio de función de la institución.

Formalmente, esta tesis se ha estructurado como una monografía clásica de casa de expósitos pero, en su contenido y aproximación, hemos tratado de incorporar una renovación teórica y metodológica. Cada capítulo ha tratado de aportar nuevos marcos interpretativos, acercamientos, análisis o realizar nuevas preguntas sobre los temas tradicionales para, partiendo de una estructura familiar, adentrar la investigación en nuevos senderos. La interdisciplinariedad que proponemos se ha plasmado igualmente en la propia articulación interna, tendiendo puentes entre perspectivas históricas y demográficas. Pese a que exista una división general en dos partes, correspondiente a los enfoques prioritarios, en todo momento las decisiones y análisis realizados han estado informados por la aproximación conjunta que permite ver más allá de cada una de las dos disciplinas.

Además de la aportación que supone la utilización de un enfoque dual como el que planteamos, otras razones avalan la relevancia de este trabajo. En primer lugar, el periodo cronológico elegido es de los menos abordados por la historiografía, tanto nacional como internacional, por lo que supone una importante aportación. Este periodo nos permite analizar un contexto de cambio muy específico. Antes del cambio de siglo, la Inclusa de Madrid era una institución arcaica y tradicional (en la que todavía existía un torno) pero durante el siglo XX experimentó grandes cambios producidos por el contexto de rápida modernización. Mientras la configuración y funciones de la institución apenas habían cambiado desde su fundación, los cambios sociales, demográficos, económicos y políticos que se estaban produciendo durante el primer tercio del siglo XX no la dejaron intacta, obligándola a adaptarse a los desafíos de la nueva realidad social y los nuevos usos adquiridos.

En segundo lugar, se dispone de una riqueza de información (de tipo personal) sobre todo el conjunto de expósitos, que no es común en este tipo de instituciones donde la información más detallada sólo se encuentra en un sub-grupo muy seleccionado. Esta extensión de la información básica ha permitido la inferencia y la explicación sobre toda la población expósita, poniendo de relieve la heterogeneidad de situaciones entre los niños admitidos a la institución.

En tercer lugar, entre las novedades metodológicas y teóricas implementadas, es de destacar que la correcta conceptualización de la información sobre los niños a través de la construcción de historias de vida ha permitido superar el estatismo intrínseco a las descripciones de características y eventos. Así, se ha introducido el tiempo no sólo para estudiar el cambio cronológico sino para abordar el efecto de su paso (el tiempo vivido) en las trayectorias individuales (perspectiva del curso de la vida y el análisis longitudinal).

Finalmente, nuestro trabajo ha aportado nuevas evidencias no sólo para el campo de la historia de los expósitos, donde hemos mostrado cómo las herramientas y

los marcos teóricos de la demografía pueden ayudarnos a ilustrar la experiencia expósita, sino también al campo de la demografía, donde hemos podido comprobar la existencia de “regularidades demográficas” propias de las poblaciones en un contexto extremo como la Inclusa.

INTRODUCTION

Infant abandonment in charity or assistance institutions has been widely addressed, in Spain and other European countries, by the history of public assistance. Its study has allowed us to approach the lives of a sub-population that had previously been invisible for history, and analyze their demographic dynamics, and the changes in administration and management of welfare assistance. The literature on this subject has been plentiful during past decades, which has, at the same time, widened our knowledge of the phenomenon and reduced the amount of and the innovation in the research aimed towards understanding the foundling experience. On the whole, most of research has replicated the same structures and descriptive analyses in different contexts, restricting the research goals to confirm profiles and characteristics.

In the mid 1990s, several works, coming from demography (which itself had borrowed from other disciplines), were published proposing theoretical and methodological innovations that opened research topics and questions about foundlings. Although this contribution has barely penetrated Spanish scholarship, we think it could bring infant abandonment back to a more prominent place in current research. Thus, the almost exclusively historical traditional perspective would be ideally enriched by a more complex vision of the foundling experience, through the analysis of aspects not yet addressed, or barely so up to now².

This doctoral dissertation is set in that juncture, as it is an interdisciplinary effort to join perspectives and contributions from both demography and history, in order to offer an integrated vision of infant abandonment and its consequences for the lives of foundlings. We have made use of the strengths of both disciplines and their divergent interests in order to implement a mixed methodology that has attempted to move the study of foundlings forward, beyond their specific limitations.

This thesis studies the use of the Foundling Hospital of Madrid for depositing children at the beginning of the 20th century, and the life expectations of those children during their stay under the tutelage of the institution. On the one hand, we have addressed the historical, chronological, social and demographic specificity of the recourse and its implications for the lower classes' options. On the other hand, we have studied the three main outcomes that foundlings could experience once admitted: placement in the countryside –an intermediate stage not necessarily experienced by all children–; death, experienced by most of children; and retrieval by parents which,

² This doctoral dissertation is the result of research carried out as part of several projects focused on the study of mortality in the city of Madrid during the period 1890-1935 at the Institute of Economics, Geography and Demography (*Instituto de Economía, Demografía y Geografía*) in the Spanish National Research Council (*Consejo Superior de Investigaciones Científicas*) directed by D. Ramiro Fariñas (SEJ2005-06334 y CSO2008-06130/SOCI) and the Predoctoral Fellowship FPI (*Formación del Personal Investigador*) BES-2006-13707. A preliminary approach to this topic was carried out in the Master Thesis defended in the Department of Contemporary History at *Universidad Complutense de Madrid* in September 2006. Its title was "The Foundling Hospital of Madrid during the first third of the 20th Century: between the uses of charity and the demography of foundlings. Madrid, 1900-1930" ("*La Inclusa de Madrid durante la primera mitad del siglo XX: entre los usos de la beneficencia y la demografía de los expósitos. Madrid, 1900-1930*") and it was directed by D. Ramiro Fariñas and L.E. Otero Carvajal.

though quite marginal, at least originally, has important bearings on the evolution of the role of the institution.

Formally, we have followed the structure typical of the classic foundling hospital monographs but, in contents and approaches, we have attempted a theoretical and methodological renewal. Accordingly, each chapter has attempted to start from the familiar structure and then offer a new interpretative framework, either by the approach, the analysis carried out, or by asking new questions about old topics, to move research forward. Interdisciplinarity is also expressed by their inner structure, which bridges the historical and demographic perspectives. All decisions and analyses have been driven by this dual approach, in an attempt to see beyond the limits of each discipline.

The relevance of this thesis is further guaranteed by other factors. Firstly, by the selected chronological period, not only one of great social, demographic, economic, and political changes but also one of the less studied ones in foundlings' literature, both nationally and internationally. Before the turn of the century, the Foundling Hospital of Madrid was a very archaic institution (management, functions, and still purporting a turning wheel), and would experience radical changes in a context of rapid modernization during the first third of the 20th century, in an attempt to adapt to the challenges of a new social reality and the new uses acquired.

Secondly, by the incredibly rich source at our disposal, the Longitudinal Database of the Foundling Hospital of Madrid, which covers the whole of the foundling population and has allowed us to approach the heterogeneity of the situations admitted to the institution. Available information generally covers children characteristics and family information can only be obtained through retrieval claims but in our case we have individual information about mothers and families for most of the children.

Thirdly, by one of the most important methodological and theoretical innovations implemented, the correct conceptualization of children information through the construction of life histories. The analysis of the effect of the passing of time in individual trajectories using life course approach and longitudinal analysis has allowed us to overcome the inherent static view of traditional scholarship.

Finally, our work has added new evidence not only in the field of foundling history by showing how the tools and theoretical frameworks from demography can help us throw light over infant experience, but also in the field of demography, as we have been able to test 'demographic regularities' in a population under extreme circumstances.

CAPÍTULO 1. EL ESTUDIO DEL ABANDONO INFANTIL EN MADRID: ESTADO DE LA CUESTIÓN, OBJETIVOS, FUENTES Y MÉTODOS

Generalmente, los aspectos a los que se ha dedicado este capítulo se tratan de manera implícita en los trabajos de historia, incorporándose al hilo de la descripción. No obstante, dado el enfoque declaradamente interdisciplinar que ha adoptado este trabajo, es preciso recurrir a un capítulo más típico de las Ciencias Sociales en el que definir claramente nuestro punto de partida, tanto teórico como metodológico, así como los objetivos, fuentes y metodologías que hemos utilizado para llevar a cabo este particular análisis del abandono infantil en Madrid. A pesar de ello, no hemos descrito un marco teórico totalmente de Ciencias Sociales, indicando sólo las orientaciones generales bajo las que nos adscribimos y completando su elaboración dentro de cada una de los diferentes aspectos discutidos, para facilitar la comprensión de nuestra aportación a cada marco y tema de estudio específico.

En primer lugar, hemos descrito brevemente la encrucijada en la que se encuentra la historiografía de expósitos, entre las aproximaciones más históricas y la nueva vertiente más demográfica, que justifica la utilidad y relevancia de una propuesta como la que presentamos. En segundo lugar, hemos descrito los objetivos específicos de este estudio, diseñados desde de esta perspectiva interdisciplinar. Los dos siguientes epígrafes han descrito los medios que hemos puesto para responderlas. Hemos descrito las fuentes de las que hemos partido para la articulación de nuestro discurso y análisis y la metodología seguida.

1.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Desde los años 80 la mayor parte de la historiografía nacional e internacional que ha estudiado el abandono infantil en tiempos históricos lo ha hecho bajo distintos intereses dentro de la historia –historia del pauperismo, de la familia, de las mujeres, de la infancia-. Y una característica común de todas estas aproximaciones ha sido el recurso en la explicación a de perspectivas y herramientas de otra disciplina, la demografía histórica, como un instrumento más en el análisis.

La explotación de los registros requirió el uso de técnicas cuantitativas para cuantificar y clasificar el abandono en función de sus características básicas calcular el porcentaje de defunciones sobre entradas, etc. a través de la información contenida en los libros de registro de admisiones. Este proceso estuvo protagonizado por demógrafos históricos e historiadores de la familia, dando lugar a una producción historiográfica particular: la monografía sobre la casa de expósitos, caracterizada por la descripción de la población expósita a través del uso de la información disponible en los registros de admisiones como eje de la explicación. No obstante, el tratamiento de la información no tenía intereses especialmente demográficos y estaba al servicio de la historia. Los expósitos se estudiaban como individuos al margen del sistema, como parte de la cobertura benéfica, como resultado de las contradicciones entre moralidad y conducta sexual pero no como parte dinámica demográfica (o solo en muy contadas excepciones).

A finales de los años 90, no obstante, los intereses de la demografía histórica (e incluso la propia demografía) hicieron una tímida entrada en el estudio del abandono

infantil, particularmente con respecto a la mortalidad infantil. La mortalidad expósita se podía entender en el marco de la mortalidad infantil general desarrollado por la demografía en las últimas décadas y, por tanto, estudiar de una manera mucho más fructífera y rigurosa que el análisis superficial que se había estado realizando hasta el momento. Así, se ofrecía una manera nueva de mirar a los expósitos que, sin olvidar la importancia del contexto histórico y de la especificidad temporal y regional de su experiencia, permitía el análisis de sus experiencias en cuanto a niños sometidos a un régimen muy particular de mortalidad. Se estudiaba su experiencia demográfica específica.

El predominio tradicional de los historiadores sociales y de la familia sobre este campo no facilitó la incorporación de esta nueva propuesta, o bien porque se desconocía esa literatura o bien porque se subestimaba la capacidad explicativa que una perspectiva demográfica (y estadística en un sentido más allá de la mera descripción cuantitativa) podía reportar. No obstante, ambas aproximaciones han aportado grandes avances al tema, por lo que hemos expuesto brevemente la contribución al estudio del fenómeno del abandono infantil de cada una de estas dos disciplinas, historia y demografía, para contextualizar nuestro enfoque específico.

1.1.1. LA HISTORIA DE LOS NIÑOS ABANDONADOS

Dentro de la historia, la especialidad fundamentalmente implicada en el estudio de la infancia abandonada ha sido la historia social. La experiencia expósita ha sido tomada como una ventana al mundo de la infancia, la marginalidad y la pobreza, acercando la investigación a las poblaciones sin historia. De hecho, los expósitos han sido considerados como elementos clave de la historia social de la beneficencia y el pauperismo por su papel central en las políticas asistenciales hasta finales del siglo XIX³. Este interés ha convergido con los estudios sobre la historia de la familia, para los que los expósitos son también importantes en la comprensión de las relaciones familiares en el pasado; con los análisis desde la historia de las mujeres y el papel del discurso de género en el abandono; así como en trabajos relacionados con la historia de la infancia y la historia de los sentimientos.

Pese a esta relevancia del tema para distintas sub-disciplinas, podemos entender la historiografía sobre el abandono infantil dentro de dos marcos historiográficos: por un lado, como parte de la historia social de la beneficencia y el pauperismo y, por otro, como un corpus de literatura con entidad propia, la historia de los expósitos.

Si consideramos la historiografía sobre expósitos dentro del campo más amplio del pauperismo y la beneficencia, la relevancia de estos estudios queda ligeramente minusvalorada por el horizonte específico de las casas de expósitos. Así, al aplicar la clasificación historiográfica de este campo para España enunciada por Carasa a la producción sobre expósitos, la mayor parte de los trabajos quedan englobados entre la segunda y la tercera etapa de su periodización. Es decir, sólo existen contribuciones dentro de los trabajos socioeconómicos realizados en la década de 1980 (con el inicio de la cuantificación de la exposición) y de la superación metodológica de la década de

³ ESTEBAN DE VEGA, M.: "Pobreza y asistencia social en la España de la Restauración" en PALACIO MORENA, J. I. (Ed.), *La Reforma Social en España. En el centenario de las Reformas Sociales*, CES, Madrid, 2004, pág.27.

1990, con la inclusión de las relaciones entre pauperismo, sociedad y beneficencia⁴. Así, ninguno de ellos puede englobarse en la cuarta etapa, el giro cultural, que es virtualmente inalcanzable para la historiografía sobre expósitos por la disponibilidad de datos. Bajo esta óptica, la historiografía de los expósitos parece un campo incapaz de progresar más allá de las limitaciones estructuralistas y reduccionistas de la tercera etapa.

No obstante, algunas limitaciones pueden superarse a través de otras vías que no implican necesariamente el giro cultural y que pueden ofrecer nuevos horizontes, entre ellos, la corriente de usos de la caridad⁵. Pese a que la consideración global bajo la historiografía del pauperismo y la asistencia social ayuda a situar la producción científica en un marco temático similar, supone un encorsetamiento artificial que impide observar adecuadamente los rasgos distintivos de esta historiografía. Por tanto, a continuación hemos tratado de describir brevemente el desarrollo de los estudios sobre expósitos como un campo con entidad propia.

El periodo fundacional fue la década de 1980, en la que aparecieron los primeros estudios monográficos. Se trataba de trabajos enmarcados claramente entre la historia social y la historia de la familia que contenían una importante carga cuantitativa para ese momento para describir las características generales del abandono infantil en sus contextos específicos. Las obras paradigmáticas de ese momento, centradas en el siglo XIX, y todavía relevantes, fueron los trabajos de Ransel sobre Rusia⁶, Fuchs sobre París⁷ y Hunecke sobre Milán⁸, los tres publicados en 1988.

Muchos otros trabajos ampliaron el corpus de conocimiento para otros contextos y cronologías⁹. Y, pese a la preferencia por los siglos XVIII y XIX -todavía existente-, también se estudiaron otros periodos: Edad Media y Renacimiento¹⁰. El siglo XX, sin embargo, no ha sido de interés hasta los últimos años¹¹.

⁴ CARASA SOTO, P.: "La historia y los pobres: de las bienaventuranzas a la marginación" en *Historia Social* nº 13, 1992.

⁵ ESTEBAN DE VEGA, M.: "Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española" en *Ayer* nº 25, 1997.

⁶ RANSEL, D. L.: *Mothers in Misery. Child Abandonment in Russia*, Princeton University Press, Princeton, 1988.

⁷ FUCHS, R. G.: *Abandoned Children*, State University of New York Press, Albany, 1988.

⁸ HUNECKE, V.: *I trovatelli di Milano: Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*, Il Mulino, Bologna, 1989.

⁹ ÁLVAREZ SANTALÓ, L. C.: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía, Sevilla, 1980; SHERWOOD, J.: "El niño expósito: cifras de mortalidad de una Inclusa del siglo XVIII" en *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº 13, 1981; MCCLURE, R. K.: *Coram's Children: the London Foundling Hospital in the eighteenth century*, Yale University Press, New Haven, 1981; y LEUNG, A. K. C.: "L'Accueil des enfants abandonnés dans la Chine du bas-Yangzi aux XVIIe et XVIIIe siècles" en *Études Chinoises*, 1985.

¹⁰ Entre ellos, se pueden destacar: BOSWELL, J.: *The Kindness of Strangers: the abandonment of children in Western Europe from late antiquity to Renaissance*, Pantheon Books, New York, 1988; GAVITT, P.: "Charity and State Building in Cinquecento Florence: Vincenzo Borghini as Administrator of the Ospedale degli Innocenti" en *The Journal of Modern History* nº 69 (2), 1997; y PULLAN, B.: *Orphans and foundlings in Early Modern Europe*, The Stenton Lecture, Reading, 1989.

¹¹ Se ha tratado sobre el siglo XX en algún trabajo internacional pero no de manera exclusiva. VIAZZO, P. P., BORTOLOTO, M., y ZANOTTO, A.: "A special case of decline: levels and trends of infant mortality at the Florence Foundling Hospital, 1750-1950" en CORSINI, C. y VIAZZO, P. P. (Ed.), *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750-1990*, Martinus Nijhoff, The Hague, 1997; VIAZZO, P. P., BORTOLOTO, M., y ZANOTTO, A.: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality" en PANTER-BRICK, C. y

Tras esas primeras contribuciones, la convergencia en el estudio de la infancia abandonada en toda Europa se manifestó en la organización de un congreso internacional en 1989 (*Enfance abandonée et société en Europe. XIV-XX siècle*¹²). En ese momento, se definieron cuatro cuestiones clave a las que se enfrentaba la historiografía: 1) la naturaleza de la institución receptora de niños; 2) la medida estadística del fenómeno; 3) la condición, las circunstancias y la identificación de los agentes de la exposición; y 4) las circunstancias del viaje¹³. Estas preocupaciones habían recorrido las monografías previas y han seguido estando en el eje del interés. Cuatro años después, los mismos puntos eran identificados en España en la sesión sobre expósitos del III Congreso de la Asociación de Demografía Histórica¹⁴.

No obstante, pese a la cobertura más o menos extensa de todas esas cuestiones en la historiografía posterior, dos temas han capitalizado la discusión: las causas del abandono y la mortalidad expósita. Por un lado, muchos autores han insistido en discutir la prevalencia de ilegitimidad o miseria entre las causas del abandono pese al consenso general sobre su compleja relación. Por otro lado, pese a que las posibilidades de un niño ingresado en la inclusa eran tres (muerte, paso al hospicio y recogida por padres), la historiografía ha centrado su atención en la mortalidad por su magnitud y su relevancia en el debate sobre el papel social y demográfico de las inclusas. En este sentido, es preciso señalar que muchos trabajos han mantenido la visión de las inclusas como instituciones infanticidas que ya enunciara Malthus¹⁵ y la asimilación del abandono con el infanticidio indirecto o diferido¹⁶ pese al rechazo de esta visión por la mayor parte de la historiografía¹⁷. El objetivo principal de la producción sobre

SMITH; M. T. (Ed.), *Abandoned children*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000. Los únicos lugares estudiados en España han sido Sevilla, Navarra, Guipúzcoa, Barcelona y Pontevedra: ÁLVAREZ SANTALÓ: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*; RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: “La inclusa de Pontevedra (1872-1903)” en *Pontevedra. Revista de Estudios Provinciales* nº 19, 2003; RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia, Universidad de Barcelona, 2007; URIBE-ETXEBARRIA FLORES, A.: *Marginalidad “protegida”: mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, Bilbao, 1994; y VALVERDE LAMSFUS, L.: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, Bilbao, 1994.

¹² Sus comunicaciones se recogieron en el libro editado *Enfance abandonée et société en Europe. XIVe-XIXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991.

¹³ PÉREZ MOREDA, V.: “Las circunstancias del abandono”, *Enfance abandonée et société en Europe. XIVe-XIXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991, pág. 73.

¹⁴ Se editó el correspondiente volumen recogiendo las contribuciones más recientes del área ibérica: PÉREZ MOREDA, V., (ed.): *Infancia abandonada e ilegitimidad en la historia de las poblaciones ibéricas. Actas del III Congreso de la ADEH (Asociación de Demografía Histórica)*, vol. 3 Ediciones Afrontamento, Braga-Guimaraes, 1995.

¹⁵ Es reseñable aquí la descripción de Malthus del sistema (y la elevada mortalidad) sobre las Inclusas de San Petersburgo y Moscú durante el siglo XIX. MALTHUS, T. R.: *An Essay on the Principle of Population*, John Murray, London, 1826, libro II, capítulo III, págs. 23-30.

¹⁶ Ver nota 1 y PÉREZ MOREDA, V.: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, Real Academia de la Historia, Madrid, 2005, pag. 50. Con este tipo de planteamiento, podemos destacar: TRINIDAD FERNÁNDEZ, P.: “La infancia delincuente y abandonada” en BORRÁS LLOP, J. M. (Ed.), *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996, pág. 513.

¹⁷ Distintos autores ofrecen distintas justificaciones a la consideración del abandono como infanticidio diferido aunque no hay un acuerdo definitivo. VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág. 44.

mortalidad, no obstante, ha sido medir, analizar e interpretar los términos exactos de la pérdida anual de miles de vidas expósitas utilizando herramientas de la demografía pero sin llegar a hacer suyas las preocupaciones de ésta¹⁸.

Durante las últimas dos décadas, la historiografía sobre expósitos no ha experimentado muchos cambios. La producción internacional ha insistido sobre estos temas, profundizando en la utilización de diversas perspectivas para salir del marco de la institución y conectar con la sociedad en general, dentro de los límites disciplinarios de la historia pero manteniendo siempre el recurso auxiliar a la demografía para las descripciones de la población institucionalizadas¹⁹. El panorama nacional no es muy diferente aunque las orientaciones han sido distintas: trabajos casi exclusivamente de historia institucional²⁰; contribuciones descriptivas de la población asistida²¹; trabajos de orientación mucho más explicativa, incluyendo la perspectiva de género²²; y la historia de la pobreza²³. Finalmente, es imprescindible citar el discurso de entrada de Vicente Pérez Moreda la Real Academia de la Historia en 2005 que sintetizó la historia de los expósitos en España y visibilizó definitivamente la infancia abandonada para la historia general²⁴.

¹⁸ El trabajo de Pérez Moreda sobre las crisis de mortalidad hasta el siglo XIX recogió en una primera síntesis de la mortalidad expósita necesariamente heterogéneo por su variada procedencia pero muy útil dado que se diferenciaban las distintas medidas calculadas. PÉREZ MOREDA, V.: *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Siglo XXI, Madrid, 1980, págs.160-172.

¹⁹ Entre las obras más importantes del periodo, cabe citar: ABREU, L.: "The Évora foundlings between the 16th and the 19th century: the Portuguese public welfare system under analysis" en *Dynamis* n° 23, 2003; DA FONTE, T. A.: *No limiar da honra e da pobreza. A infância desvalida e abandonada no Alto Minho (1698-1924)*, Ancorensis Cooperativa de Ensino, Minho, 2005; DOS GUIMARÃES SÁ, I.: "Circulation of children in eighteenth-century Portugal" en PANTER-BRICK, C. y SMITH, M. T. (Ed.), *Abandoned children*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000; GALLANT, T. W.: "Agency, Structure, and Explanation in Social History: The Case of the Foundling Home on Kephallenia, Greece, during the 1830s" en *Social Science History* n° 15 (4), 1991; MILLER, J.: *Abandoned: Foundlings in Nineteenth-Century New York City*, New York University Press, New York, 2008; y VIAZZO, P. P., BORTOLOTO, M., y ZANOTTO, A.: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality" en PANTER-BRICK, C. y SMITH, M. T. (Ed.), *Abandoned children*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000

²⁰ Un ejemplo muy claro de este tipo de trabajos se puede ver en: GÓMEZ RUIZ, T.: *El Hospital Real de Santa María Magdalena y la Casa de Expósitos de Almería, Almería y los almerienses*, Instituto de Estudios Almerienses. Diputación de Almería, Almería, 1997.

²¹ Entre ellos, podemos mencionar FERNÁNDEZ UGARTE, M.: "Un aspecto de la historia social: Los expósitos en la Salamanca del siglo XVIII", *Actas del I Congreso de Historia de Salamanca*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1992; LÓPEZ VIERA, D.: *El niño expósito en Huelva y su tierra durante el Antiguo Régimen*, Excmo. Ayuntamiento de Huelva, Huelva, 2003; TORRUBIA BALAGUÉ, E.: *Marginación y pobreza. Expósitos en Salamanca (1794-1825)*, Diputación de Salamanca, Salamanca, 2004, etc.; RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: "El destino de los niños de la Inclusa de Pontevedra, 1872-1903" en *Cuadernos de Estudios Gallegos* n° 121 (Enero-Diciembre), 2008.

²² VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, es el referente aunque es importante mencionar RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: "El castigo del deseo femenino en la Casa de Expósitos y Maternidad de Barcelona" en PASCUA, M. J., GARCÍA-DONCEL, M. D. R. y ESPINGADO, G. (Ed.), *Mujer y deseo: representaciones y prácticas de vida*, Universidad de Cádiz, Servicio de Publicaciones, Cádiz, 2004; y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*.

²³ RAMAS VARO, M. L.: *La protección legal de la infancia en España. Orígenes y aplicación en Madrid (1900-1914)*, Consejo Económico y Social, Madrid, 2001.

²⁴ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*.

1.1.2. LA ENTRADA DE LAS NUEVAS TENDENCIAS EN DEMOGRAFÍA EN EL ABANDONO INFANTIL

Durante la década de los ochenta, en el mismo momento en que se estaba consagrando el inicio de los estudios sobre expósitos, se estaba produciendo un cambio en la demografía histórica en cuanto a los objetos de estudio y las preguntas de investigación. Esta nueva aproximación implicó la incorporación de las preocupaciones de la demografía general y la introducción de un cambio de nivel: se pasó de analizar tendencias y agregados a explicar los comportamientos individuales. Así, la demografía histórica fundacional, centrada en la reconstrucción de aspectos generales de la vida en el pasado, pasó a concentrarse en preguntas mucho más concretas relacionadas con las dinámicas demográficas individuales y sus factores determinantes. A finales de los años 80 comenzaron a aparecer los primeros trabajos de ese tipo, poniendo en práctica las nuevas metodologías, dando lugar a una extensa producción científica, que se ha convertido en el núcleo de la demografía histórica contemporánea²⁵.

Las dos herramientas que posibilitaron este giro fueron: un importante marco conceptual de la sociología que abordaba el comportamiento de los individuos (la teoría del curso de la vida o *life course approach*) y una herramienta para analizarlo (el análisis de historias de eventos). La aproximación del curso de la vida implica la existencia de una dependencia entre los acontecimientos experimentados por un individuo y su trayectoria pasada, su situación presente y sus aspiraciones futuras²⁶. Esto hace que sea necesario tener en cuenta todos estos factores al abordar el estudio de comportamientos o acontecimientos demográficos. El análisis de historias de eventos es la metodología estadística que permite acomodar datos de historias de vidas no necesariamente completos (es decir, trayectorias truncadas o parciales) y probar hipótesis sobre los determinantes de la ocurrencia de un comportamiento específico o la ocurrencia de un evento²⁷.

Para abordar estas preguntas de investigación, centradas en los individuos, se han construido grandes bases de datos longitudinales, capturando las trayectorias familiares e individuales en largas cronologías. Esto implica la recolección de información para distintas generaciones de información sobre nacimientos, defunciones, matrimonios, residencia, estructura de la familia registrada en los censos o registros de población. Y con esta riqueza de datos, la investigación se ha concentrado en análisis de cuestiones específicas sobre el comportamiento demográfico y en su comparación entre distintos contextos. Mortalidad, fecundidad, nupcialidad y migraciones han sido

²⁵ Entre otros, podemos citar: ALTER, G.: *Family and the Female Life Course*, The University of Wisconsin Press, Madison, 1988; KNODEL, J.: *Demographic Behaviour in the Past: A Study of Fourteen German Village Population in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988.

²⁶ Uno de los principales nombres sobre la teoría del curso de la vida es Elder: ELDER, G. H., KIRKPATRICK JOHNSON, M., y CROSNOE, R.: "The Emergence and Development of Life Course Theory" en MORTIMER, J. T. y SHANAHAN, M. J. (Ed.), *Handbook of the Life Course*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2003.

²⁷ El análisis "análisis de historias de eventos" también recibe el nombre de "análisis de supervivencia" porque originalmente fue importada a la demografía del campo de la epidemiología. Desde la mitad de los años 80 se ha utilizado en demografía por numerosos autores y hoy en día es una de las herramientas básicas en el floreciente campo de los estudios longitudinales.

estudiados en función de distintos factores, como los familiares, sociales, geográficos y temporales²⁸.

Este énfasis de la demografía histórica en las vidas de los individuos entendidos como proyectos en marcha cuyas experiencias (y comportamientos demográficos) pueden explicarse es la razón de la introducción de esta aproximación en el estudio de expósitos. Sobre el contexto de una “historia de los expósitos”, desde 1994, las contribuciones de David Kertzer y Michael White, permitieron que apareciera una verdadera “demografía de los expósitos”, en el sentido más concreto del término. Dieron entrada al corpus teórico y metodológico, permitiendo el estudio de la mortalidad expósita bajo la misma óptica y metodologías que se estaban usando para la población general.

Aunque la experiencia vivida sea imposible de abordar, su aproximación permitía descender a la experiencia individual de la mortalidad dentro de la institución. Usando la información para Bolonia durante el siglo XIX, distinguieron entre las distintas influencias en la vida expósita, suponiendo un avance gigantesco frente a la generalización que implicaban necesariamente los análisis de agregados²⁹.

Dado el predominio de historiadores entre los estudiosos trabajando en abandono infantil, esta innovación ha pasado casi desapercibida durante casi diez años y sólo en los últimos cinco años han aparecido trabajos en los que historiadores de la infancia abandonada o demógrafos han tomado el relevo de Kertzer y White. Por un lado, Alyssa Levene desarrolló un proyecto comparativo entre el *London Foundling Hospital* y el *Spedale degli Inocenti* en Florencia para la segunda mitad del siglo XVIII

²⁸ Es imposible enumerar todos los proyectos de este tipo en marcha en este momento pero es importante citar el esfuerzo colectivo del Eurasia Project que trata de responder a preguntas demográficas generales a través de este tipo de análisis, aunando a investigadores y recursos de todo el mundo (China, Japón, Bélgica, Suecia, Italia y Francia). Entre otros proyectos importantes, es importante citar los trabajos que se están realizando para Gante, Ginebra, la *Historical Sample of the Netherlands* en los Países Bajos, la base de datos *TRA* en Francia, el *Union Army Project* en Estados Unidos, etc. En el plano nacional, se reconstruyó la población de Aranjuez y se está llevando a cabo un proyecto en el que se inserta este trabajo para la ciudad de Madrid.

²⁹ Durante la década de los 90 David Kertzer escribió varios artículos sobre la Inclusa de Bolonia adoptando diversas aproximaciones. Junto a algunos de orden estrictamente histórico, a partir de 1994 inicio junto a Michael White la publicación de trabajos que incluían el análisis longitudinal (de las vidas de los expósitos KERTZER, D. I.: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*, Beacon Press, Boston, 1994) pero hasta su trabajo de 1999 no ofrecieron finalmente modelos explicativos completos: KERTZER, D. I., SIGLE, W., y WHITE, M. J.: “Childhood mortality and Quality of Care among Abandoned Children in Nineteenth-Century Italy” en *Population Studies* n° 53 (3), 1999). Simultáneamente contribuyó al estudio de toda una serie de aspectos de la vida expósita que habían sido poco tratados: ideología de género y papel de las mujeres (KERTZER, D. I.: “Gender Ideology and Infant Abandonment in Nineteenth-Century Italy” en *Journal of Interdisciplinary History* n° 22 (1), 1991; y KERTZER, D. I. y SIGLE, W.: “The marriage of female foundlings in nineteenth-century Italy” en *Continuity and Change* n° 13 (2), 1998), el efecto de la edad en la experiencia expósita y la transición a la madurez (KERTZER, D. I.: “Age structuring and the lives of abandoned children” en *The History of the Family* n° 41, 1999, SIGLE, W., KERTZER, D. I., y WHITE, M. J.: “Abandoned Children and Their Transitions to Adulthood in Nineteenth-Century Italy” en *Journal of Family History* n° 25, 2000) así como el problema de la transmisión de la sífilis a nodrizas (KERTZER, D. I.: “Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy” en *Journal of Social History* n° 32 (3), 1999; y KERTZER, D. I.: *Amalia's Tale. A Poor Peasant, an Ambitious Attorney, and a Fight for Justice*, Houghton Mifflin Company, Boston, 2008).

concentrando su análisis en la mortalidad en la infancia³⁰. En nuestro país, la reciente tesis doctoral de Pujades Mora en 2008 ha recogido también esta herencia en la parte de su estudio dedicada a la mortalidad expósita³¹.

1.1.3. PERSPECTIVAS DE FUTURO: HISTORIA Y DEMOGRAFÍA DE EXPÓSITOS

En los últimos años, algunos autores, como Carasa, han sugerido que la demografía y economía de los expósitos ya han sido cubiertas. Bajo este término englobaba al conjunto de temas generalmente discutidos, como causas del abandono, mortalidad y modalidades de crianza, junto con la descripción institucional³². No obstante, esa visión es un poco reduccionista de las posibilidades que ofrece el ámbito de estudio. Existen áreas aun sin explorar, nuevos enfoques con los que revitalizar algunos temas antiguos y novedades en disciplinas cercanas que pueden revolucionar nuestra comprensión de las vidas y muertes de los expósitos.

En primer lugar, se pueden encontrar vacíos historiográficos que deben ser cubiertos. Existe una carencia de análisis específicos de las dos posibilidades de la vida institucionalizada alternativas a la mortalidad: hospicios/colegios y recogida por padres. El análisis de los niños recogidos por sus padres, particularmente, no ha despertado un nivel de atención comparable al de la mortalidad y apenas hay estudios específicos al respecto, aunque su presencia es superficialmente comentada³³. Esto es así, en parte, por la aceptación implícita de la tradición historiográfica de la identidad entre abandono y renuncia definitiva al niño. Esta afirmación es perfectamente válida para los estudios de la Edad Moderna pero, para periodos posteriores, el estudio del creciente recurso a los abandonos temporales puede ser útil para ofrecer perspectivas nuevas sobre el fenómeno.

³⁰ Además de su tesis doctoral (LEVENE, A.: *Health and survival chances at the London Foundling Hospital and the Spedale degli Innocenti of Florence, 1741-1799*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia, University of Cambridge, 2002), es de reseñar el artículo resumen (LEVENE, A.: "The survival prospects of European foundlings in the eighteenth century: the London Foundling Hospital and the Spedale degli Innocenti of Florence" en *Popolazione e Storia* (2), 2006) y su contribución específica al estudio monográfico de la mortalidad en la inclusa londinense (LEVENE, A.: "The estimation of mortality at the London Foundling Hospital, 1741-1799" en *Population Studies* nº 59 (1), 2005; y LEVENE, A.: "The mortality penalty of illegitimate children: foundlings and poor children in Eighteenth-Century England" en LEVENE, A., WILLIAMS, S. y NUTT, T. (Ed.), *Illegitimacy in Britain, 1700-1920*, Anthony Rowe Ltd, Chipenham and Eastbourne, London, 2005).

³¹ Estos análisis eran sólo parte de su tesis (epígrafe 3.4) ya que ésta giraba alrededor de la mortalidad de la ciudad de Palma de Mallorca: PUJADES MORA, J.-M.: *La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, Universitat de les Illes Balears, 2008.

³² CARASA SOTO, P.: "Perspectivas de la historiografía española en torno a los expósitos e ilegítimos desde las actuales tendencias en Historia social" en PÉREZ MOREDA, V. (Ed.), *Expostos e Ilegítimos na realidade ibérica do século XVI ao presente. Actas do III Congresso da ADEH*, 1996, págs.89-91.

³³ El mayor trabajo sobre este tema hasta el momento es el de HUNECKE, V.: "The abandonment of legitimate children in nineteenth-century Milan and the European context" en HENDERSON, J. y WALL, R. (Ed.), *Poor women and children in the European Past*, Routledge, London and New York, 1994, pág.130. Nacionalmente, se puede mencionar el trabajo de VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX* y Pérez Moreda comenta algunos trabajos en Portugal y Francia en PÉREZ MOREDA: "Las circunstancias del abandono", pág.78

En segundo lugar, es necesario superar la dialéctica miseria-ilegitimidad y abordar de una manera distinta las causas del abandono infantil. Miseria e ilegitimidad no eran factores aislados o aislables por lo que es preciso profundizar de una manera más realista en las razones que llevaban a madres y familias a dejar a sus niños en las Inclusas.

En tercer lugar, el corpus de conocimiento procedente de la demografía que hemos mencionado en el epígrafe anterior (teórico y metodológico) apenas ha sido incorporado al estudio de la infancia abandonada. Ofrece una plataforma perfecta desde la que dar un salto cualitativo en nuestro conocimiento del abandono infantil y de la vida y muerte de los expósitos. El estudio de la mortalidad que se ha realizado hasta el momento es limitado y las aportaciones de disciplinas como la demografía pero también de la epidemiología y la historia de la medicina pueden ayudar a comprender las causas de la mortalidad (a través del estudio de las causas de defunción).

En resumen, todavía existen debates y preguntas sin responder en el estudio de la infancia abandonada pero las aproximaciones derivadas del giro cultural no son el único camino a seguir. Es preciso repensar algunas de las asunciones y aproximaciones clásicas al abandono infantil para abrir nuevos caminos de investigación así como mirar más allá de las fronteras de las disciplinas. Se deben incorporar finalmente los avances ofrecidos por los análisis longitudinales ofrecidas en demografía histórica que aún no han sido completamente aprovechadas ni en la historia social ni en la historia de los expósitos. Combinadas con los desarrollos técnicos y tecnológicos que permiten afrontar trabajos inimaginables hace unos años, estas posibilidades ofrecen un futuro más esperanzador para los estudios sobre expósitos.

1.2. ENFOQUE HISTORIOGRÁFICO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Estudiar el abandono infantil en cualquier cronología es una tarea muy compleja ya que implica una multiplicidad de factores, contextos y agentes relacionados directa o indirectamente. Algunos de estos elementos son: mujeres que daban a luz niños; razones que impedían que se hicieran cargo de ellos; la moral social que dictaba las normas de actuación en la sociedad y, particularmente de las mujeres; instituciones diseñadas a atender a niños abandonados; la decisión de las madres de abandonarlos; la experiencia vital de esos niños en la institución; la dinámica demográfica creada por el abandono; la demografía de esa población; el pensamiento médico sobre la infancia, etc.

Cada uno de esos aspectos puede ser estudiado como un objeto con entidad propia por una disciplina o aproximación distinta. Y el estudio de cualquiera de ellos no tiene por qué hacer referencia a su implicación en el abandono infantil. Además, es posible el investigador preocupado por la infancia abandonada priorice uno de estos elementos en su estudio, permitiendo la existencia de distintas visiones del abandono en función del objeto y perspectiva elegidos: si se concentra el análisis en las mujeres y el abandono, en el papel de las instituciones o en la mortalidad de los expósitos, entre otros. Así, podemos decir que el abandono infantil es un objeto de estudio poliédrico que permite ser abordado desde distintas perspectivas e incluso disciplinas.

En el gráfico 1.1 hemos presentado una simplificación de los aspectos más importantes y las perspectivas o disciplinas que han abordado su estudio. En la parte

superior del diagrama, mujeres, niños e instituciones son los elementos fundamentales en el abandono y su estudio permite trazar las características del abandono infantil. La mayor parte de la historiografía sobre estos temas se ha hecho desde diferentes perspectivas de la historia (estudios de género, institucional o historia social en general). En la parte inferior, los posibles resultados de la vida institucionalizada abordan las consecuencias del abandono para esos niños. Han sido fundamentalmente tratados por la demografía (particularmente la mortalidad).

Tratar de abordar el abandono infantil desde todos estos puntos de vista, atendiendo a todos estos objetos de forma particular, sería tan irrealizable como inoperativo. Por tanto, hemos elegido abordar el fenómeno centrándonos en dos aspectos: el depósito de niños en la Inclusa y las experiencias vitales de los niños una vez admitidos a institución. Al abarcar aspectos de la parte inferior y superior del gráfico, por tanto, hemos propuesto una visión de conjunto.

Para abordar este estudio, se ha elegido una perspectiva interdisciplinar. Hemos trazado puentes entre la aproximación histórica y la demografía histórica al estudio de los expósitos. Buscando el balance entre las dos disciplinas y sus enfoques hemos tratado de aportar una visión de síntesis, renovadora y rigurosa. Por un lado, hemos buscado en preguntas de la demografía respuestas a cuestiones que la historia no ha sabido formular. Y por otro lado, hemos buscado en la historia el fundamento y la explicación de lo que señalaba la demografía, supeditando lo cuantitativo a lo explicativo, anclándonos en la experiencia y la trayectoria histórica.

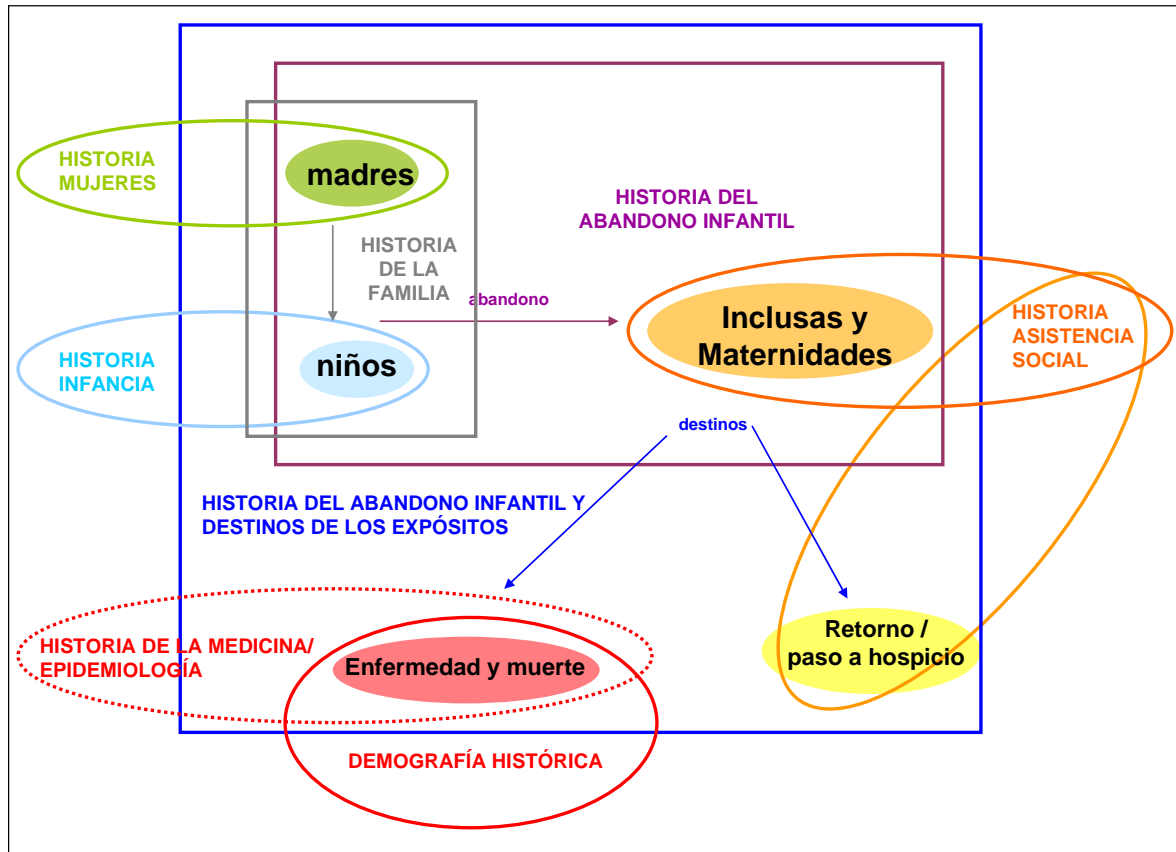
En nuestra incorporación de la demografía histórica al estudio de los expósitos, no obstante, hemos tratado de ir más allá de la tímida entrada que se ha producido hasta el momento. Hemos entroncado explícitamente con el análisis demográfico de los comportamientos y la aproximación del curso de la vida. Por un lado, no nos hemos limitado a la mortalidad. Hemos ampliado nuestro estudio al análisis del retorno que, pese a no ser un fenómeno demográfico, puede ser estudiado bajo el mismo marco de investigación. Por otro lado, la introducción de esta disciplina de lleno permite un doble objetivo: en primer lugar, utilizar la experiencia demográfica general como herramienta explicativa de la situación histórica de los expósitos y de su cambio y, en segundo lugar, como patrón de comparación, permitiéndonos comprobar hasta qué punto los casos extremos de la realidad (como los expósitos) se ajustan a los “patrones demográficos generales”.

Dentro de nuestra aproximación, no hemos olvidado la presencia otros aspectos relevantes en el abandono infantil, estudiados por otras disciplinas o aproximaciones. Así, aunque no se abordan específicamente, se han incorporado algunas de sus perspectivas y herramientas conceptuales y metodológicas en la medida en la que completaban nuestro discurso. Por ello, hemos incorporado una reflexión sobre la construcción de género, las políticas asistenciales, el cambiante discurso médico, ideas de la epidemiología con respecto a la mortalidad, etc.

El reto de fondo de este trabajo, por tanto, ha sido establecer un diálogo entre las aportaciones de la historia social y la demografía histórica, tratando de hacer inteligibles sus discursos entre sí. Aunque al hablar de fronteras interdisciplinarias, generalmente se piensa exclusivamente en la divisoria entre las “ciencias” y las “letras”, la realidad es que existen multitud de barreras dentro de las disciplinas que conforman las ciencias o

las letras. Esta compartimentación del saber es particularmente limitante en un momento en que la complejización de las preguntas que hacemos requiere precisamente trabajar en los temas frontera. Aunque aparentemente la demografía y la historia parezcan bastante próximas, existe una distancia importante entre sus objetos de estudio, sus enfoques de investigación e incluso en su propia narrativa, tanto en el planteamiento de las preguntas como en la manera de abordarlas. Si bien no es necesaria una completa “traducción”, es evidente que se requiere una cierta “armonización”.

Gráfico 1.1. Objetos de estudio y disciplinas implicadas en el estudio del abandono infantil



Fuente: Elaboración propia.

La dualidad de la aproximación se ha plasmado tanto en los objetivos específicos como en la propia estructura de la investigación. Formalmente esta tesis refleja la estructura tradicional de la monografía clásica de una institución de estudio de expósitos con su atención a contexto, descripción institucional, mortalidad y recuperación. Sin embargo, su contenido ha articulado historia y demografía al tiempo que ha ofrecido nuevas perspectivas en cada uno de los temas tratados.

Se han definido dos objetivos principales, estudiar la utilización de la Inclusa para el depósito de niños a principios del siglo XX y las expectativas vitales de éstos durante su institucionalización. La primera parte de esta tesis ha tenido por objetivo estudiar esa especificidad del contexto e la Inclusa de Madrid en el siglo XX para el depósito de niños y su abandono desde preocupaciones propias de la historia. Se han definido dos niveles en este análisis. Un primer nivel ha sido el análisis de la especificidad del recurso a la Inclusa en el marco del discurso benéfico, médico y de género y de las particularidades sociales, demográficas y asistenciales de Madrid en ese

momento. Los capítulos 2 y 3 han servido a este objetivo, tratando de dibujar el panorama y las implicaciones ideológicas y prácticas del abandono infantil en la ciudad.

Un segundo nivel ha sido el estudio de la relación entre la evolución de la política institucional y las características de la población asistida en la Inclusa. Los capítulos 4 y 5 han ofrecido, por un lado, un recuento de los cambios legislativos e ideológicos que permitieron el desarrollo de un uso asistencial de la institución y, por otro lado, cómo esos cambios se trasladaron a los comportamientos específicos en el abandono y las características de la población institucionalizada.

La segunda parte de la tesis se ha dedicado al segundo objetivo principal, el análisis de las expectativas vitales de los niños institucionalizados en función de los patrones de abandono. Su análisis se ha desarrollado a través de una metodología cuantitativa, con una perspectiva eminentemente demográfica. Dada la imposibilidad de abordar todas las posibilidades que podían acontecer a los niños una vez abandonados en la institución, este objetivo se ha subdividido en dos niveles. En primer lugar, era preciso ofrecer una nueva visión de las vidas institucionalizadas bajo el punto de vista longitudinal, haciendo que el tiempo ocupara el lugar fundamental en la explicación, no sólo desde el punto de vista cronológico sino del tiempo vital de los individuos. Este objetivo ha sido abordado a través del capítulo 6.

Por otro lado, el segundo nivel era comprender las probabilidades de los expósitos de experimentar los distintos eventos posibles dentro de la institución: ser enviados a continuar la lactancia en pueblos y/o los dos “destinos” mayoritarios desde un punto de vista demográfico: la recogida por padres y la defunción. Para ello, era preciso estudiar y comparar a grandes rasgos de la probabilidad de experimentar estos fenómenos y, a continuación, realizar el análisis de la probabilidad individual. Éste último análisis debía estar centrado en el estudio de las características maternas como factores de riesgo o de protección. Este objetivo ha sido abordado a través del capítulo 6 para la lactancia, del 7 para la recuperación y de los capítulos 8 y 9 para la mortalidad. El énfasis sobre la mortalidad destino ha procedido de la necesidad de aportar y completar su análisis desde todas las perspectivas posibles para realizar una completa renovación de los clásicos estudios sobre mortalidad expósita con nuevas teorías y evidencias.

Las conclusiones (capítulo 10) se han propuesto como un ejercicio de síntesis de la contribución de todos los objetivos a nuestro conocimiento del fenómeno, ofreciendo una visión de conjunto.

Pese al enunciado y orientación dual del trabajo, esta dualidad no se refleja en un aislamiento total de ambos objetivos ya que las aportaciones de ambas disciplinas y ópticas se entrelazan en el discurso. Así, analizar el uso de la institución no es posible sin tener en cuenta el retorno entre los destinos y estudiar los destinos no cobra su sentido real sin la relación con esos usos y esos distintos tipos de niños. En todo momento, hemos tratado de integrar en el discurso las dos ópticas para suplir las limitaciones de una con las ventajas de la otra y ofrecer una investigación compleja pero perfectamente coherente e integrada.

1.3. FUENTES

Para abordar los objetivos propuestos ha sido necesaria la búsqueda de distintos tipos de fuentes que puedan proporcionar diferentes perspectivas sobre el abandono infantil, permitiéndonos ofrecer una imagen lo más completa posible. Así, junto con datos empíricos para el análisis cuantitativo (tanto descriptivo como analítico), hemos recurrido a otro tipo de material para contextualizar el fenómeno propuesto. Dada la orientación dual de este trabajo, se ha realizado esta contextualización en dos niveles, cuantitativo (a través de la consulta de estadísticas publicadas) y cualitativo (material archivístico, periodístico e institucional).

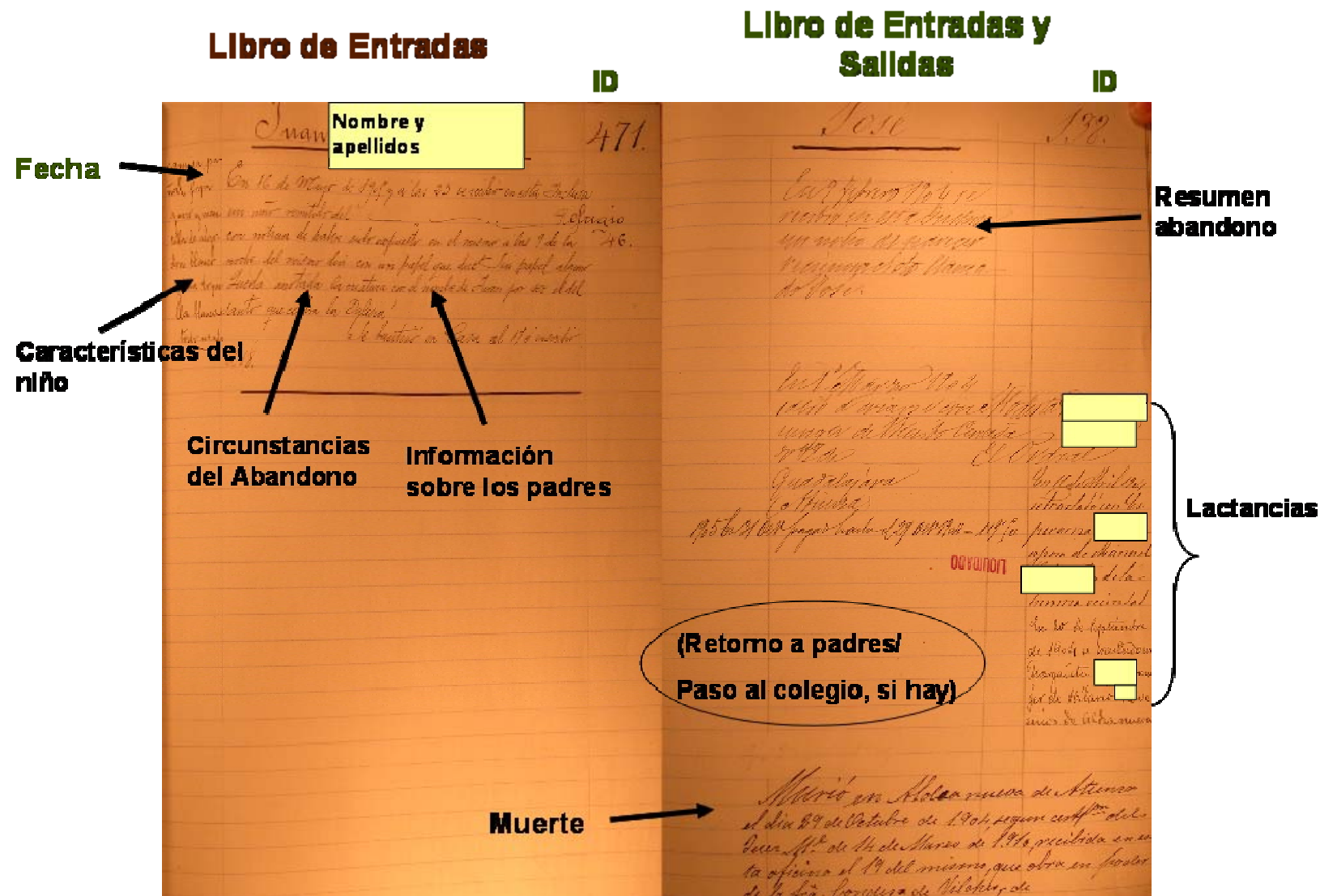
1.3.1. LA BASE DE DATOS DE LA INCLUSA DE MADRID

El grueso de la información cuantitativa se ha obtenido a través de la recogida de información de los registros de la Inclusa (compuesta de varias submuestras que hemos expuesto más adelante). La parte más voluminosa de estos datos proviene de la explotación intensiva de los archivos de la Inclusa de Madrid para el proyecto “La mortalidad en instituciones en el marco de la demografía urbana: Madrid dentro de una comparativa internacional”, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2005-06334), continuado por “La población de una gran ciudad hace un siglo: mortalidad y estructura demográfica de Madrid a principios del siglo XX dentro de una comparativa internacional” (CSO2008-06130/SOCI), dirigidos por D. Ramiro Fariñas en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía del CSIC, a los que se adscribe esta tesis.

No obstante, dado que estos proyectos tenían objetivos exclusivamente demográficos, la información recogida por el proyecto tiene ese sesgo, habiendo sido necesario ampliar la explotación de información de registros de la Inclusa mediante dos submuestras. Estos dos esfuerzos han permitido completar parcialmente otros aspectos sociales del abandono infantil a los que no podía accederse a través de la muestra básica.

Tanto la base de datos básica como parte la muestra de expedientes de 1915 ha sido recopilada en colaboración con miembros del equipo de ese proyecto durante los años 2005-2008 y 2009, respectivamente. La muestra de notas, no obstante, ha sido un trabajo realizado en exclusiva para esta tesis doctoral

Gráfico 1.2. Información recogida en los Libros de Entradas y Salidas.



Fuente: ARCM

1.3.1.1. La base de datos longitudinal básica.

La base de datos básica está compuesta por los registros de todos los niños admitidos entre el periodo 1890 y 1935 en la Inclusa. Se ha creado un registro informático único combinando la información contenida en los *Libros de Entradas* y los *Libros de Entradas y Salidas*, cuya imagen se muestra en el gráfico 1.2. La información incluida en los *Libros de Entradas*³⁴ recogía todos los datos conocidos sobre el niño, el abandono y sus circunstancias:

- Datos referentes a la entrada y sus circunstancias. Por un lado se registraban las circunstancias específicas del evento: número de orden, fecha y procedencia (lugar desde el que se remitía). Por otro, los datos específicos del niño: nombre y apellidos³⁵, sexo, edad de entrada y lugar en el que había sido bautizado.
- Datos referentes a los padres: nombre y apellidos, edad y estado civil, cuando aparecían.

Los *Libros de Entradas y Salidas*³⁶ eran de uso administrativo y estaban relacionados con los anteriores a través del número de orden y año asignado al niño. En ellos se anotaban todos los detalles de la estancia de los niños en la institución:

- Datos referidos a las incidencias en las trayectorias vitales: fecha, edad y destino de la primera salida a lactar y sucesivas; retorno a padres, prohijamiento, paso al hospicio y retorno a la institución (si se daba tal caso).
- Datos referidos a la muerte, donde se consignaba la fecha, el lugar y la causa.
- Otros datos que ampliaban información.

La riqueza de la información recogida, así como la precisión de las observaciones (casi todos los eventos aparecen perfectamente fechados) ha permitido la construcción de variables derivadas de los datos recogidos, sobre todo de carácter temporal, aunque no exclusivamente. De este modo, se han podido calcular tiempos de espera, tiempos de estancia y edades a diferentes momentos, herramientas básicas del análisis de trayectorias vitales. Además se han obtenido otras variables derivadas a través de clasificaciones: legitimidad estimada o el tipo de abandono.³⁷

Una de las variables construidas más importantes ha sido la pertenencia a un grupo de hermanos. Se ha realizado a través de la información facilitada por la propia institución en los *Libros de Entrada* sobre la relación entre las admisiones pertenecientes a la misma familia, junto con una serie de procedimientos de enlace nominal de registros³⁸. A través de estos procedimientos se han establecido 1.597 grupos de hermanos, que implican un total de 3.473 niños.

³⁴ Libros de Entradas del fondo Inclusa y Colegio de la Paz con signaturas 9923 a 10.170. Archivo Regional de la Comunidad de Madrid, en adelante abreviado a ARCM.

³⁵ Se obtuvo un permiso del Archivo Regional de la Comunidad de Madrid para registrar la información nominativa, tanto de los niños como de los padres. No obstante, dada la restricción impuesta a la divulgación de datos por la legislación vigente y la sensibilidad de este tipo de información, no se ha divulgado ningún dato nominativo en esta tesis doctoral.

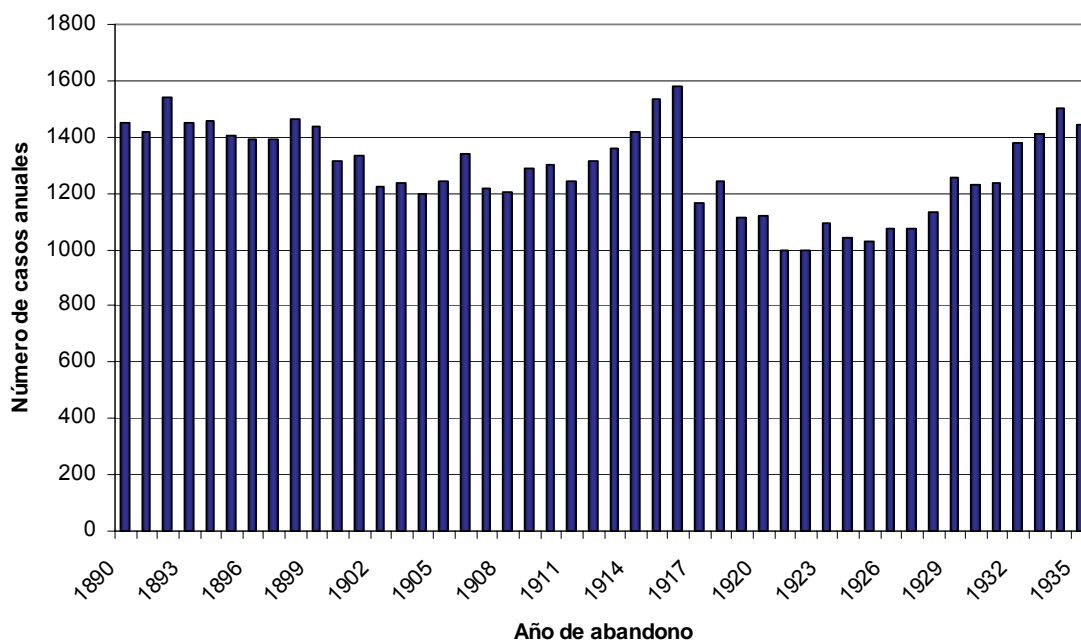
³⁶ Libros de Registro de Entradas y salidas del fondo Inclusa y Colegio de la Paz con signaturas 9.614 a 9.847. ARCM.

³⁷ La construcción de este tipo de variables se ha referido en los apartados específicos en los que se ha puesto en uso para no sobrecargar este epígrafe.

³⁸ Sólo el 15% de los casos de hermanos ha sido localizado a través de la información de la institución. El resto ha sido encontrado a través de un enlace nominativo. Los criterios para considerar a dos expósitos

Todos los niños, independientemente de su forma de admisión y/o legitimidad, han sido considerados indistintamente como abandonados (a excepción de un determinado número de casos de maternidad que hemos tratado en el capítulo 2), que se ha tomado como sinónimo de expósitos, en consonancia con los usos de la tradición internacional. Pese a las diferencias en su modo de abandono o razones para el mismo, su tratamiento por la Inclusa de Madrid en un único libro de registro y la posterior omisión de referencias a la filiación de los niños en la vida diaria hace ver que eran considerados igualmente por la institución.³⁹

Gráfico 1.3. Número de casos anuales disponible.



Fuente: ARCM. Elaboración propia

El volumen total de casos del que se ha dispuesto es de 59.301 niños admitidos en los 45 años, distribuidos como muestra el gráfico 1.3. Dada la existencia de un cierto número de casos abandonados en más de una ocasión, se ha realizado una labor de concentración de la información de los niños en un solo registro. Así, la base de datos recoge historias de vida de niños en la institución, en lugar de número total de

como hermanos eran: coincidencia de los dos apellidos, coincidencia de nombre y dos apellidos de la madre y alguna otra indicación (edad o lugar de nacimiento), especialmente para el caso de expósitos con apellidos muy comunes. La distancia máxima entre el nacimiento de dos hermanos potenciales ha sido de 6 años porque, más allá de esa cifra, la probabilidad de enlazar niños no emparentados sería muy elevada. Para los niños abandonados entre 1890-1900 se han aceptado casos con el enlace solo del primer apellido dada la generalizada tendencia a solo referir un apellido pero se ha requerido información adicional para confirmar el enlace. Las reglas de enlace han sido deliberadamente conservadoras para evitar el establecimiento de grupos de niños no relacionados por lo que es posible que haya más grupos de hermanos ocultos en la ase de datos. Sin embargo, son suficientes para ofrecer una muestra relevante que probablemente era bastante representativa del fenómeno.

³⁹ Esta situación es bastante distinta de lo que ocurre en el norte peninsular donde las instituciones aceptaban niños por distintas razones. Así, el ingreso directo de niños legítimos, la existencia de ayudas a la lactancia y los abandonos regulares coexistían, requiriendo precisiones terminológicas para diferenciar los abandonados, expósitos, legítimos y torno. Sin embargo, en nuestro contexto carecen de sentido. VALVERDE LAMSFUS, L.: "Legitimidad e ilegitimidad. Evolución de las modalidades de ingreso en la Inclusa de Pamplona, 1740-1934", *Enfance abandonée et société en Europe, XIVe-XXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991, págs.1170-1171.

admisiones. En cualquier caso, se ha tratado de un simple trasvase de información, de modo que no se ha perdido nada de información. La incidencia de este fenómeno es bastante limitada, implicando menos del 2%, con alguna excepción al final del periodo (ver gráfico A.1 en el anexo).

1.3.1.2. La base de datos extendida de notas de abandono

Para complementar la información cuantitativa recogida a través de los formularios estandarizados, se llevó a cabo una ampliación de la base de datos para una pequeña muestra. Dada la irregular recogida de información sobre las circunstancias adicionales del abandono en la fuente y la omisión de ésta en el vaciado sistemático (ya que se encontraba fuera de los intereses principales del proyecto, la mortalidad), se requería completar con información contextual. Para ello, se utilizaron las notas de los padres y el resto de información complementaria contenida en los *Expedientes Personales de Ingreso*⁴⁰.

Los expedientes de ingreso estaban compuestos por toda la documentación que acompañaba al niño a la entrada. Así, los encabezaba una hoja de papel (o cuartilla doblada con campos impresos, con el tiempo) donde se anotaba el nombre, número y año así como los datos del niño, a la que se adjuntaban las notas de los padres, certificaciones, señales y toda la información posterior, como el certificado de adecuación de las distintas nodrizas que se llevaban a lactar al niño, certificado de defunción, etc. En el caso de entradas a través de Maternidad, por ejemplo, la información se escribía en el dorso del propio documento de nacimiento que expedía la Hermana de guardia en la Casa de Maternidad.

Dada la imposibilidad de complementar toda la información de la base de datos básica con esta fuente (que sólo en algunos casos ofrecía verdaderamente información novedosa) para todos los casos, se decidió realizar un muestreo para obtener una imagen de la información contenida de esos documentos a lo largo del periodo. Para ello, se muestrearon los años acabados en cero (1890, 1900, 1910, 1920 y 1930), adjuntando esa información a la ya obtenida en el primer vaciado. Para el año 1915 se recogió también esta información en el marco de un segundo ejercicio de ampliación de la base de datos que se ha descrito en el epígrafe siguiente.

Así se seleccionó aleatoriamente⁴¹ el 20% de las entradas anuales que no procedían de la Casa de Maternidad (ya que éstas carecían de nota) y se procedió a la consulta y vaciado de la información adicional sobre causas y circunstancias de abandono, tipo de información recogida, tipo de nota, si ésta existía, etc. Este sistema de muestreo respondió a varias preocupaciones. En primer lugar, la decisión de elegir el porcentaje anual en vez de un número fijo obedeció a la intención de mantener un número proporcional de muestras al número de abandonos anuales en cada corte. En segundo lugar, la elección de un sistema aleatorio tenía dos ventajas. Por un lado, permitía obtener una representación de todas las estaciones. Los patrones estacionales en el abandono infantil son muy claros y la posibilidad de tener datos de todos los

⁴⁰ Signatura 7841-8771 de Fondo Inclusa.

⁴¹ La selección se realizó a través del programa Stata 9.2, que obtuvo los casos elegidos para la comprobación de la selección aleatoria de ese número de casos, una vez eliminados los casos procedentes de Maternidad.

meses, distribuidos aleatoriamente, permitía una población más adecuada para el estudio. Por otro lado, la aleatoriedad permitió sobreponerse al sobremuestreo de niños de características muy similares que hubiera ocurrido utilizando un sistema fijo (los primeros de mes, los primeros de cada día, etc) ya que se documenta una tendencia a registrar consecutivamente a todos los niños de un determinado tipo: primero los de Maternidad, después todos los que se habían abandonado durante la noche, etc.

La tabla 1.1 muestra el número de casos consultados finalmente en cada año. Sólo entre el 7 y el 12% de los casos no tenían ningún tipo de nota, certificado o información adicional en su expediente.

Tabla 1.1. Muestra de casos para los que se consultó el expediente.

	1900	1910	1915	1920	1930
Total No Maternidad	566	484	505	566	595
Consultados	111	95	505	112	114
Porcentaje	19,61%	19,63%	100%	19,79%	19,16%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.

La información que se recogió para cada uno de esos expedientes consultados era de distinto tipo. Para aquellos casos que presentaban algún documento, se ha especificado el tipo (nota, certificado de párroco, del refugio, etc.), la causa declarada del abandono, la forma en la que se mencionaban nombre y apellidos, así como la filiación de éste, la persona que firmaba y la presencia o declaración de señales que serían usadas en una futura reclamación.

1.3.1.3. La muestra alrededor de 1915

Dada la complejidad del abandono infantil y la dificultad de su estudio sólo a través de los registros de admisiones, se realizó un vaciado sistemático de fuentes disponibles en el Archivo Regional referidas a las admisiones de un año. Así, tratamos de capturar una instantánea del abandono, a través de la comprensión de las circunstancias de las madres de una manera más completa. Se eligió el año 1915 por varias razones: a) la riqueza de información de las fuentes en ese momento, que incluían nueva información no presente en años anteriores; b) su ubicación en un momento más o menos central del periodo de estudio y c) su coincidencia con un año de padrón. La información incorporada procedía de dos fuentes: la Inclusa y el padrón del ayuntamiento de Madrid.

En primer lugar, se acometió una operación de vaciado completo de la información de los *Expedientes Personales* de la Inclusa, incorporando tanto los datos referidos a las notas y al abandono, como la información adicional de las madres que los documentos de nacimiento expedidos por la maternidad incluían (profesión, capacidad de firmar y domicilio en la ciudad). Dado el interés de esta última información también se realizó el mismo procedimiento para los admitidos en Maternidad durante el año siguiente, 1916, para aumentar la muestra disponible con ese tipo de datos. En segundo lugar, se procedió a la búsqueda individual de las mujeres que dieron a luz en la Maternidad en esos dos años (1915 y 1916) en el padrón de 1915 a través de la dirección reportada. En los casos de más de una dirección reportada (por ejemplo, en el abandono y en el retorno a la madre, por ejemplo), se buscaron en sendas direcciones. Como se puede ver en la tabla 1.3, en general, la tasa de éxito no fue muy elevada,

menos de un 20%, pero, en cualquier caso, supone más de 300 mujeres, para las cuales se dispone de la toda información padronal. Es decir, disponemos una amplia de características de ellas y los demás habitantes del hogar: edad, sexo, relación familiar, ocupación, residencia en la ciudad, educación, etc.

Tabla 1.2. Situaciones encontradas al enlazar las mujeres dando a luz en la Casa de Maternidad durante los años 1915-1916 en el padrón de 1915.

Posibilidades	N	%
Sin dirección	7	0,34%
Dirección en un pueblo	283	13,57%
Dirección en Madrid completa	1796	86,10%
Madres dando a luz en la Maternidad en 1915-1916	2086	100%
No encontradas	1355	75,45%
Encontradas	327	18,21%
Dirección no suficiente para buscar	114	6,35%
Buscadas en el padrón de 1915	1796	100%

Fuente: ARCM y Padrón de 1915. Elaboración propia.

1.3.2. OTRAS FUENTES ESTADÍSTICAS

La información institucional de la Inclusa ha sido la pieza central de esta investigación pero, necesariamente, hacía falta comparar y contextualizar los análisis obtenidos en el marco temporal y geográfico en el que se estaban desarrollando. Así, se han consultado distintas fuentes de datos agregados para ilustrar los diferentes contextos, social, asistencial, médico y demográfico.

La contextualización a nivel general se ha realizado a través de la consulta de las cifras nacionales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística en los censos (1900, 1910, 1920 y 1930) que ofrecen una imagen del stock de población y en el *Movimiento Natural de la Población* (años 1900-1930), que informa sobre los flujos de población: nacimientos, defunciones y matrimonios. Asimismo, se ha hecho uso puntual de algunos *Anuarios Estadísticos de España*, que ofrecen información adicional.

Para la ciudad de Madrid, se ha utilizado ampliamente el *Anuario Estadístico del Ayuntamiento de Madrid* (1899) que fue continuado por la *Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid* (1902-1931). Ambas fuentes contienen información demográfica anual desagregada por barrio, que permite comprender las dinámicas de cambio en las que estaba inmersa la ciudad y que fueron telón de fondo de las transformaciones que sufrió la Inclusa.

1.3.3. INFORMACIÓN CONTEXTUAL

Los datos institucionales de abandono estaban determinados por la institución así como por la sociedad en la que el abandono tenía lugar por lo que la comprensión de las implicaciones sociales, demográficas e ideológicas es esencial. Por ello se diseñó una recogida de información que ha tratado de abarcar todos los aspectos relacionados con el funcionamiento, transformaciones, incidencia y evolución de la institución y su relevancia en la sociedad madrileña.

1.3.3.1. Material de archivo: Inclusa, Colegio de la Paz y Maternidad.

El material de archivo conservado sobre las instituciones gobernadas por la Junta de Damas, Inclusa, Colegio de la Paz y Casa de Maternidad está ubicado en el Archivo Regional de la Comunidad de Madrid, ya que estas instituciones pertenecieron a la Diputación Provincial. Pese a la afortunada conservación íntegra de los *Libros de Entradas*, *Libros de Entradas y Salidas* y *Expedientes personales de ingreso* para los siglos anteriores, no ocurre lo mismo con otra documentación contextual y se registran registrándose grandes lagunas en algunas partes, como los periodos más recientes. Una de ellas afecta particularmente al primer tercio del siglo XX, de forma que, pese a que se conservan cientos de legajos de correspondencia, documentación variada, un cierto número de cuentas económicas y otros documentos de la época, la cobertura no es tan amplia como para otros periodos y su estado no permite el análisis sistemático.

Particularmente, se han buscado sistemáticamente otras fuentes de información que ampliaran la información disponible sobre expósitos, fundamentalmente, sobre el destino definitivo y las recuperaciones pero sin resultados satisfactorios. Por un lado, la documentación relacionada con la recuperación se conservaba habitualmente dentro de los expedientes pero esta práctica no era generalizada y se encuentran desperdigados entre la correspondencia general; por otro, en la fuente adicional *Libros de Registros de Expósitos*, no se añadía ninguna información novedosa (sólo el destino final, ya registrado en el *Libro de Entradas y Salidas*). Por tanto, esta parte ha tenido una importancia menor de lo esperado en la reconstrucción de la historia y funcionamiento y hemos recurrido al uso intensivo de otras fuentes.

1.3.3.2. Prensa diaria general

Pese a la complicada utilización de la prensa diaria general para el trabajo histórico⁴², se ha recurrido a este sistema de forma intensiva para la recolección de información objetiva y subjetiva. La elección de esta fuente ha estado fundamentada en varias razones:

- La necesidad de sortear las dificultades impuestas por la escasez de documentación sobre el funcionamiento de la institución.
- La disponibilidad de una elevada cantidad de prensa de la época en un formato muy operativo para la búsqueda bibliográfica. El proyecto de Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional Española así como los proyectos de digitalización de otros diarios actuales de larga trayectoria han creado un corpus documental digitalizado de gran valor para el trabajo histórico. La posibilidad de realizar búsquedas por palabras o términos clave en el interior de los artículos, gracias a la digitalización con reconocimiento de caracteres que se ha llevado a cabo, ofrece una herramienta muy poderosa, que permite agilizar un proceso muy lento.
- La presencia de secciones oficiales donde se reportaban los acontecimientos ocurridos en distintas instituciones oficiales o las decisiones que podían afectar a

⁴² SECKER, J.-L.: *Newspapers and Historical Research: A Study of Historians and Custodians in Wales*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Ciencias de la Información y Departamento de Historia e Historia de Galés, Aberystwyth University, 1999, pág.4.

la institución: Plenos de Diputación, de la Comisión Provincial de Beneficencia, del Congreso y el Senado, así como conferencias, Sociedades Científicas. Esto ha permitido cubrir un campo muy amplio, sin tener que revisar individualmente las actas de cada una de esas instituciones.

- La disponibilidad de un amplio número de diarios para la ciudad de Madrid entre finales del siglo XIX y el primer tercio del XX, que permitiera cotejar las informaciones ofrecidas por las distintas publicaciones.

Tabla 1.3. Consultas realizadas según la plataforma digital, cronología y criterios de búsqueda.

Plataforma	Cronología	Restricción	Palabras clave
Gazeta de Madrid	1/1/1853-31/12/1935	-	"inclusa de madrid" y "casa de maternidad"
Hemeroteca Digital Biblioteca Nacional	1/1/1853-1/1/1890	Madrid	"casa de maternidad"
	1/1/1890-1/1/1936	Madrid	"inclusa de madrid"
	1/12/1898-1/1/1901	Madrid	"inclusa"
	1/11/1910-1/2/1911	Madrid	"inclusa"
	1/1/1918-1/3/1919	Madrid	"inclusa"
	1/1/1927-28/2/1930	Madrid	"inclusa"
ABC	1/1/1890-1/1/1936	Exclusión Sevilla y Córdoba	"casa de maternidad"
La Vanguardia	1/1/1890-1935	-	"inclusa de madrid"

Elaboración propia.

Se realizó una búsqueda general para todo el periodo con un criterio restringido ("inclusa de Madrid") para capturar los momentos más relevantes. En el caso de periodos en los que la frecuencia de artículos y la información contenida en ellos sugería que se trataba de momentos importantes, se realizaron búsquedas con términos más amplios ("inclusa") para localizar todas las menciones aparecidas. En la tabla 1.4 se muestra un resumen de los criterios utilizados y en la tabla 1.5 se puede ver el volumen global de artículos identificados con información relevante (de tipo factual o comentarios/ editoriales/ opiniones) que han sido utilizados para este análisis.

1.3.3.3. Información médica y asistencial

Para complementar la visión general obtenida a través del análisis de los artículos de prensa, se ha buscado una información más especializada, para ilustrar el pensamiento médico sobre el abandono infantil y sus consecuencias. Se ha incorporado al análisis abundante bibliografía contemporánea disponible relacionada con el abandono infantil y la preocupación médica. Junto con toda una serie de monografías médicas se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica adicional en las versiones impresas en dos de las revistas de medicina social más importantes en Madrid (*La Medicina Ibero* y *El Siglo Médico*) y en la publicación de la protección del niño abandonado por excelencia, *Pro-Infantia*, a través de los fondos de la Biblioteca de la Real Academia de Medicina.

Tabla 1.4. Número de artículos con información relevante identificados en la búsqueda en las plataformas digitales.

Publicación periódica	Número de artículos	Extensión cronológica
ABC	96	29/7/1890-29/1/1936
Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia	10	29/2/1852-24/7/1853
Clamor, El	26	6/3/1850-15/1/1861
Correspondencia de Espana, La	78	1/2/1860-13/5/1919
Correspondencia Militar, La	6	19/9/1899-4/7/1918
Diario Oficial de Avisos de Madrid	47	7/6/1859-4/7/1889
Discusión, La	9	24/4/1857-7/1/1884
Época, La	104	13/5/1853-24/10/1933
España, La	31	24/10/1852-1/12/1861
Gazeta Médica, La	3	20/2/1852-30/6/1853
Gazeta de Madrid, La	31	2/2/1852-27/8/1935
Globo, El	66	5/1/1876-26/12/1918
Heraldo de Madrid, El	39	3/2/1925-28/11/1935
Iberia, La	21	19/2/1856-27/7/1893
Imparcial, El	87	11/1/1868-18/6/1931
Esperanza, La	16	26/3/1852-29/1/1863
Liberal, El	10	15/1/1900-9/2/1910
Nuevo Mundo	4	10/1/1900-10/1/1930
País, El	26	23/1/1889-15/12/1910
Siglo Futuro, El	37	13/1/1876-12/12/1933
Sol, El	15	20/12/1922-21/2/1930
Vanguardia, La	33	27/12/1899-13/2/1934
Voz, La	28	21/9/1923-25/10/1933
Otros (frecuencias menores de 4)	53	1857-1935
Total	876	

Elaboración propia.

1.4. METODOLOGÍA

Tradicionalmente, muchos trabajos de investigación histórica no presentan una descripción a priori de la metodología específica que se va a utilizar, implicando necesariamente el material documental adecuado, la crítica de fuentes, la valoración de las evidencias y la interpretación implícita en el análisis que se desarrolla. En nuestro caso, nos hemos detenidos en la metodología, dado que un esfuerzo interdisciplinar como el que pretendemos necesariamente tiene que conjugar métodos y aproximaciones con objetivos que pueden no ser necesariamente evidentes e intuitivos para las dos disciplinas implicadas.

La demografía histórica y la historia social (particularmente, la historia de los expósitos o de los asistidos), pueden, en ocasiones, parecer mucho más cercanas metodológicamente de lo que están. Por tanto, creemos que, a la luz de los objetivos que propuestos, es útil especificar el uso exacto que vamos a hacer de los datos reseñados, que implica distintas metodologías.

1.4.1. PRIMERA PARTE: ANÁLISIS HISTÓRICO Y DEMOGRÁFICO

Para realizar el estudio de los usos de la Inclusa por las clases populares, teníamos que responder a los dos niveles requeridos en los objetivos con metodologías distintas. En primer lugar, para entender el recurso específico a la Inclusa en el marco del discurso de la beneficencia, médico y de género hemos realizado un estudio histórico tradicional a través de fuentes primarias y secundarias. Los capítulos 2 y 3 se han realizado utilizando el discurso de los contemporáneos sobre el abandono infantil, la sociedad y la demografía madrileña y la historiografía actual para obtener una imagen adecuada para nuestros objetivos de investigación.

Para el segundo nivel del estudio, abordar la relación entre la evolución de la política institucional y las características de la población asistida en la Inclusa, hemos tenido que utilizar metodologías muy distintas. El análisis de la evolución de la institución en el capítulo 3, dadas las limitaciones de sus propias fuentes, ha utilizado la prensa como herramienta fundamental, lo que ha supuesto un importante reto metodológico. Considerada por algunos como “*history’s first draft*”, la prensa ofrece la cobertura de aspectos que no podrían ser analizados de otra manera pero es preciso cuestionar de forma especial la autoridad de cualquier información obtenida a través de ella dado que, mucho más que otras fuentes, es especialmente propensa a la inexactitud y a la influencia de sesgos y/u omisiones motivados por razones ideológicas.⁴³

De modo que es preciso explicitar que el análisis histórico de la institución ha sido precedido de una cuidadosa verificación de la información ofrecida por los distintos artículos, fundamentalmente conseguida a través de la comparación de las diversas informaciones ofrecidas por los diarios. En primer lugar, se ha realizado una comprobación de la historia de los diarios utilizados. En segundo lugar, se ha tratado de ofrecer una visión de consenso de todas las fuentes y, en caso de divergencias, se ha optado por relegar las versiones minoritarias o más extremas, a un segundo plano. En ese sentido, diarios como *El Imparcial* o *La Época* se han usado como referencia, ya que generalmente mostraban la versión más escueta y menos polemizada de la situación. En los casos donde se sospechaba que las informaciones podían estar siendo exageradas por cuestiones políticas (ver ejemplo de *El País* en 1900), se ha hecho notar esta situación. En tercer lugar, se han utilizado profusamente las reseñas de los plenos de la Diputación, Congreso, etc., con cierta seguridad dado que la comparación de las informaciones entre los diversos diarios es muy consistente. Y, en cuarto lugar, se han cotejado las informaciones obtenidas a través de la comparación con otras fuentes, cuando esto ha sido posible.

Para cumplir los objetivos del capítulo 4, estudiar las características de la población asilada, se ha utilizado la descripción cuantitativa de los datos recogidos en la base de datos longitudinal de la Inclusa, pero siempre al servicio de la explicación histórica. Hemos realizado, en primer lugar, un análisis descriptivo de los aspectos demográficos y sociales del abandono infantil, a través de medidas porcentuales, y, en segundo lugar, hemos analizado determinadas variables que han permitido solventar algunos problemas de interpretación (casos de “abandonos técnicos” y regulares) o aportar información novedosa a la explicación (identificadores de pertenencia a grupos de hermanos a través del enlace de registros). Adicionalmente, hemos realizado tests

⁴³ Ibid., pág.4.

estadísticos de similitud para comprobar si algunos de los patrones observados respondían a prácticas o comportamientos deliberados o podían ser fruto de procesos aleatorios.

En este sentido, es importante hacer una serie de consideraciones sobre nuestra aproximación a las fuentes de datos. En primer lugar, es importante recordar que los registros (sea el de la Inclusa o el padrón) deben estar sujetos al mismo tipo de crítica que otro tipo de fuentes ya que distintas razones ideológicas, sociales, materiales o intencionales pueden intervenir en el mismo hecho de la inscripción o de la forma de inscripción de un individuo, originándose tanto en el individuo a registrar como en la institución registrante. Para ello, hemos reflexionado en la medida que hemos considerado oportuna sobre las diversas razones que podían estar detrás de las variaciones registrales (tanto en los registros de la Inclusa como en el padrón), lo que nos ha permitido comprender procesos ocultos precisamente en el procedimiento.

En primer lugar, es importante recordar que la población registrada no tiene que representar necesariamente a toda la población, independientemente de si consideramos el padrón o el registro de la Inclusa. En el primer caso, está claro que debía existir una importante cantidad de población no registrada en el padrón por distintas razones: trabajo temporal en la construcción, cambio de vivienda no capturado adecuadamente, llegada a la ciudad después de que se hubiera realizado el padrón, voluntar de ocultamiento deliberado, vivienda en edificios no considerados en el catastro, etc. Y, en el segundo, porque la admisión de un niño a la Inclusa o de su madre a la Maternidad implicaba una selección de entre aquellas que estaban en una situación de vulnerabilidad y podrían requerir ese tipo de ayuda.

En segundo lugar, este hecho puede producir un sesgo en la composición de los inscritos: por ejemplo, no se puede tomar el perfil de las mujeres solteras que recurrían a la Inclusa como representativo de todas las que residían en la ciudad, por lo que es importante mantener en mente el efecto selectivo que este registro produce sobre la población estudiada.

Y, en tercer lugar, es importante recordar que pese a que podamos hablar de agencia de una manera general para los procesos históricos, no podemos inferir estrategias de acciones documentadas. Por un lado, retomando el concepto de Mandler de los usos de la caridad y afirmar que los pobres no eran recipientes pasivos de la caridad/beneficencia sino que eran agentes activos en su adquisición, presentándose como candidatos dignos a la percepción de esa ayuda. Es decir, que los propósitos de la caridad no tenían que ser (ni eran) los mismos que los de sus usuarios.⁴⁴ Por otro lado, a pesar de que podamos documentar recuperaciones y eso nos haga pensar en estrategias de uso temporal de la Inclusa de forma interpretativa, no podemos inferir una intencionalidad específica en los individuos particulares. Así, hemos hablado de uso de la beneficencia (en el sentido de usos satisfactoriamente completados) para sortear este problema y poder recoger las distintas maneras de recurso a la institución que estaban en funcionamiento: abandonos definitivos, usos médicos, abandonos temporales.

Estas consideraciones nos han llevado a extremar la cautela al hablar de causalidad y de estrategias que hemos discutido de forma general, como instrumentos heurísticos, pero que nunca hemos tratado de medir o comprobar para los individuos.

⁴⁴ MANDLER, P., (ed.): *The Uses of Charity: The Poor on Relief in the Nineteenth-Century Metropolis*, University of Pennsylvania, Philadelphia, 1990.

Así, una de las herramientas que hemos utilizado para explorar la distancia entre el hecho documentado, las causas y las estrategias han sido los marcos explicativos o diagramas que nos han permitido proponer cadenas causales o representaciones gráficas de distintas trayectorias que permiten comprender mejor la realidad.

1.4.2. SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS DEMOGRÁFICO Y ESTADÍSTICO

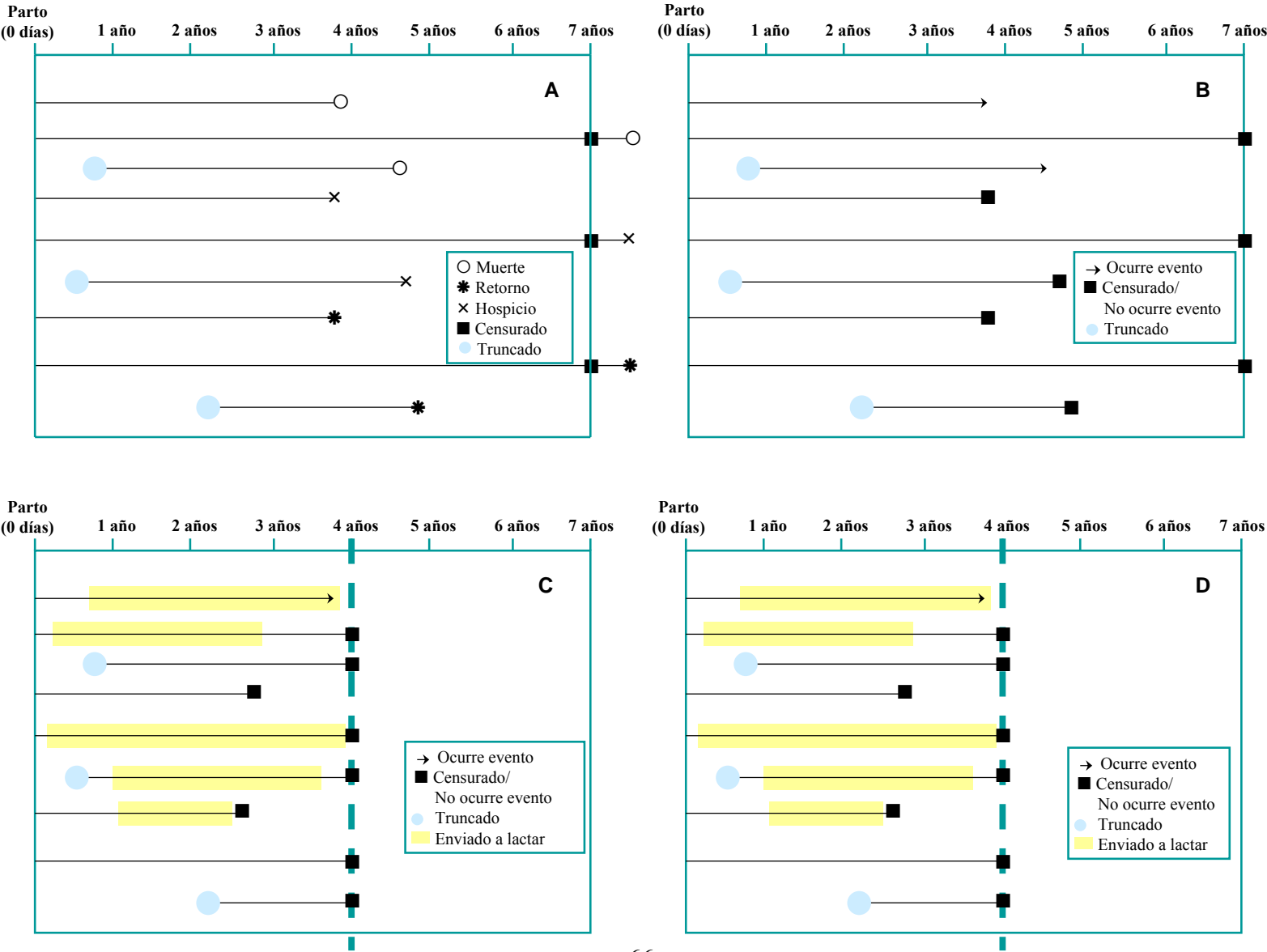
Finalmente, para estudiar las expectativas vitales de los niños abandonados, hemos recurrido tanto a técnicas demográficas como estadísticas que tienen como objetivo estudiar las probabilidades de experimentar tres posibles eventos: envío a lactancia externa, recuperación por padres o defunción. Su estudio se ha realizado, en primer lugar, través del análisis agregado de las tendencias y, en segundo lugar, a través del análisis individual de los factores que determinaban la ocurrencia de uno u otro.

Para ambos tipos de análisis, el paso primero ha sido considerar las vidas de los expósitos desde una estructura de datos que respete su naturaleza: datos de duración. Este tipo de datos, historias de vida en las que se tiene información fechada de ocurrencia de acontecimientos en la vida de un individuo, tiene una serie de particularidades que deben ser respetadas para su correcto análisis. No todos los niños experimentaban la misma exposición a la ocurrencia de los fenómenos ya que algunos no eran admitidos hasta días o meses después del parto y la salida de la institución podía producirse por varias razones (muerte, recuperación, paso al hospicio).

Estas particularidades hacen que cualquier cálculo (para cualquiera de los destinos posibles) que no esté diseñado específicamente para este tipo de datos subestime necesariamente la incidencia. En el caso de la mortalidad, por ejemplo, existen grandes diferencias en el nivel de mortalidad si se utilizan medidas porcentuales o medidas longitudinales. Si se usa una proporción (defunciones divididas entre admisiones), todos los niños cuentan por igual, independientemente del tiempo que estuvieron dentro de la institución, pero si se usa el tiempo en riesgo, sólo se tiene en cuenta el periodo de estancia en la institución. Aunque pueda parecer irrelevante, esta diferencia es muy grande en contextos donde no todos los niños estaban presentes en todo momento. Un ejemplo ayuda a clarificar esta situación: si contamos con seis niños durante el primer año de vida y sólo uno muere, la mortalidad es del 16,6%. Sin embargo, si dos de los niños desaparecen de nuestro estudio antes del primer año de vida, la probabilidad acumulada de morir antes del primer año es del 25%

Desconocemos qué ocurrió con los niños después de salir de la institución por lo que sólo contamos el tiempo que estuvieron expuestos al riesgo de morir, ignorando su parte de vida experimentada fuera de la institución. Así, al reducir la población de partida de 6 vidas completas a sólo 4 completas y dos vidas parciales, el denominador (expresado en días de exposición al riesgo) necesariamente disminuye y la probabilidad de morir sobrepasa al porcentaje.

Gráfico 1.4. Conceptualización de la vida de los expósitos bajo la perspectiva del análisis longitudinal.



En el análisis tradicional, la unidad es la vida del niño y en el análisis longitudinal es el tiempo pasado en riesgo de experimentarlo. Esta consideración del tiempo es la base del Análisis de Historia de Eventos o Análisis Biográfico,⁴⁵ que es una metodología ampliamente utilizada tanto en las Ciencias Biológicas como Sociales.⁴⁶ En el gráfico 1.3 presentamos un acercamiento intuitivo a este nuevo marco conceptual, que muestra cómo se entienden esta complejidad de las historias de vida.

En la sección A del gráfico 1.4 se presenta la representación básica de las historias de vida de los expósitos dentro de la institución. Su inicio puede remontarse al parto en la institución (en 0 días) aunque también podían producirse unos días, meses o años más tarde (en ese caso en el que los consideramos truncados, ya que falta información sobre parte de su vida). Su seguimiento se realiza hasta la salida final que podía producirse en un tiempo máximo de 7 años⁴⁷.

A lo largo de sus vidas pueden experimentar uno de los tres acontecimientos fundamentales (muerte, retorno o paso al hospicio). En el análisis, estos distintos “destinos” alternativos se denominan “eventos” y se definen como acontecimientos claramente definibles que marcan cambios de estado: de vivo a muerto o de institucionalizado a residiendo con la familia, etc. Aquellos casos marginales que no llegan al momento máximo de observación, 7 años, sin haber experimentado ningún evento, se consideran durante todo el periodo pero se denominan “censurados”, es decir, que el fin de la observación ha censurado la posibilidad de observar su experiencia del evento.

Este acercamiento permite considerar dinámicamente los distintos eventos pero el análisis debe realizarse tomando uno a uno los eventos. Por tanto, como muestra la sección B, una vez elegido el evento en cuestión, los demás se consideran también “censurados” porque la ocurrencia del evento alternativo impide la observación del evento que nos interesa.

Entendiendo los datos de esta manera, las estimaciones siempre mantienen la máxima fidelidad a la realidad de las experiencias vividas. Por ejemplo, se puede limitar el estudio a distintos intervalos de edad en la institución como muestra la sección C: mortalidad ocurrida antes de los cuatro años. La frontera de observación que habíamos fijado en los siete años se desplaza a los cuatro y, por tanto, todos aquellos niños que no hayan experimentado el evento antes de esa edad, pasan a ser censurados a partir de esa fecha. Igualmente podríamos estudiar la mortalidad a partir de los cuatro años a los siete años, contando sólo la experiencia de los niños todavía vivos a los cuatro años y estudiando la probabilidad de que experimentaran un evento antes de cumplir los siete.

Finalmente, se pueden introducir otros elementos relacionados con la edad y el tiempo, como es el momento y la duración de la lactancia externa, como muestra la

⁴⁵ Los pioneros en la utilización de esta metodología para este tipo de análisis son los autores previamente citados, Kertzer y White en su artículo de KERTZER, SIGLE, y WHITE: “Childhood mortality and Quality of Care among Abandoned Children in Nineteenth-Century Italy”.

⁴⁶ Entre algunos de los usos que se han dado en esas disciplinas, podemos señalar el estudio de la efectividad de los tratamientos en la medicina clínica y epidemiología; el análisis de las transiciones de gobierno para la ciencia política, el estudio de mortalidad, fecundidad, nupcialidad para la demografía.

⁴⁷ Existen algunos casos que permanecieron bajo la tutela de la Inclusa después de los 7 años pero hemos mantenido el límite teórico de la institución por motivos de simplicidad.

sección D. Introduciendo las fechas durante los cuales los niños habían sido enviados a lactar en el marco de los datos, se puede conceptualizar el propio envío a lactar al exterior como un evento (marcando un cambio de estado) o simplemente incluirlo en el estudio de la ocurrencia de los eventos.

Esta consideración del tiempo nos permite obtener estimaciones correctas de las cifras agregadas⁴⁸ pero también nos permite descender al análisis individual y comprender las regularidades e irregularidades de la vida institucionalizada en función de las características individuales de los niños. Esto se puede realizar a través de análisis de tipo multivariante (teniendo en cuenta diversas características de los individuos que podrían incrementar la probabilidad de experimentar un evento.). Es decir, responder a preguntas sobre el peso específico de los distintos determinantes en la probabilidad de que un niño experimente una defunción o sea recuperado por su madre.⁴⁹

La introducción del análisis multivariante es vital en el descenso al análisis individual porque ofrece dos ventajas. Por un lado, permite “controlar” el análisis por el efecto de características de los niños distintas de la que nos interesa prioritariamente. Esto permite asegurar que las diferencias observadas corresponden exclusivamente a la característica estudiada. Por otro lado, ofrece una correcta cuantificación de las diferencias.

En una tabla de frecuencias simple o comparación de porcentaje, es imposible saber si la sobremortalidad ilegítima está mediada por otra variable, por ejemplo, la menor edad al ingreso de los niños ilegítimos. Hace falta realizar la comparación ilegítimos/legítimos para cada una de las posibles edades para comprobar ese punto. No obstante, una vez clara esa relación, otros posibles factores pueden explicarla sobremortalidad, por ejemplo las circunstancias de llegada (entrada por el torno). Por tanto, es muy difícil (y arriesgado) inferir relaciones claras de la lectura de porcentajes.

⁴⁸ Se ha calculado la probabilidad de morir a través de la fórmula:

Probabilidad de morir a 1 año = 1 - Probabilidad de sobrevivir a 1 año

La supervivencia se ha calculado a través del estimador empírico (\hat{S}) Kaplan-Meier obtenido utilizando el software Stata 9.2. Éste calcula la probabilidad de sobrevivir en un momento determinado como el producto de la probabilidad de sobrevivir a lo largo de los sucesivos días (cada una de las defunciones ocurridas en t_j), teniendo en cuenta el número cambiante de individuos en riesgo en cada momento (n) y defunciones en cada día (d) para todas las defunciones que ocurran antes del momento fijado por nosotros para el cálculo (t):

$$\hat{S}(t) = \prod_{t_j \leq t} \frac{n_j - d_j}{n_j}$$

Para nuestros análisis, el estimador calculado ha utilizado una formulación ligeramente distinta de la presentada para incluir los casos truncados y censurados, permitiendo la consideración correcta de la n y la d para cada momento de fallo t_j pero hemos preferido mostrar aquí la fórmula básica que permite una idea más intuitiva del cálculo.

Se han calculado probabilidades de morir en distintos puntos del tiempo (antes del primer aniversario, del segundo, etc.) en intervalos (periodo neonatal, periodo infantil, juvenil, etc.). La relación funcional entre las probabilidades en los distintos momentos y en los sub-intervalos sigue la siguiente relación entre las probabilidades de supervivencia:

$$\text{Probabilidad de sobrevivir de 1 - 4 años} = \frac{\text{Probabilidad de sobrevivir a 5 años}}{\text{Probabilidad de sobrevivir a 1 año}}$$

Y de las probabilidades de sobrevivir se extraen las probabilidades de defunción.

⁴⁹ No se pueden utilizar otros modelos multivariantes, como la regresión múltiple, porque la estructura de datos no queda recogida adecuadamente, haciendo que los resultados obtenidos no sean fiables.

Aun cuando es posible subdividir aún más una tabla, es muy enojoso realizarlo para todas las categorías de todas las variables disponibles. Además, una vez realizado este proceso, se podría dudar de si las diferencias encontradas responden a un fenómeno real o son fruto del tamaño de la muestra. Si hubiera 100 niños, 50 legítimos y 50 ilegítimos y una mortalidad del 50%, esperaríamos 25 muertos de cada grupo para inferir igualdad de probabilidades. Pero si encontráramos 24 en uno y 26 en otro, ¿habría diferencias reales o podría ser el fruto de la aleatoriedad de la muestra y al año siguiente encontraríamos 25 y 25? Quizá una diferencia de 2 defunciones no es importante pero, ¿y si el caso es 23 y 25?, ¿y 22 y 28? ¿es eso realmente diferente?, ¿cómo definir qué es diferente? Como hemos adelantado, la estadística multivariante precisamente responde a estas dos preocupaciones: cuantifica el efecto neto de la ilegitimidad controlando por otras variables y saber si las diferencias son “estadísticamente significativas, o podrían deberse a un proceso aleatorio.

El análisis de historias de eventos⁵⁰ (en su versión multivariante) permite analizar el tiempo que transcurre hasta la ocurrencia de un evento (el tiempo de vida hasta la defunción, por ejemplo) en función de una serie de características del individuo (las variables explicativas). El objetivo, por tanto, es estudiar cuales son factores que determinan o influyen la experiencia de ese determinado evento y cuándo se produce éste⁵¹. En nuestro caso, nos hemos centrado en los determinantes maternos de experimentar la muerte o de experimentar el retorno. Aunque la técnica se aplicó por

⁵⁰ El análisis de historia de eventos (también denominado análisis de supervivencia) es de uso habitual actualmente en demografía. Algunos manuales recientes son: CLEVES, M. A., GOULD, W. W., y GUTIÉRREZ, R. G.: *An Introduction to Survival Analysis using Stata. Revised Edition*, Stata Press, College Station, Texas, 2004, HOSMER, D. W. y LEMESHOW, S.: *Applied Survival Analysis. Regression Modeling of Time to Event-Data*, John Wiley & Sons, Inc., New York, 1999, KLEINBAUM, D. G. y KLEIN, M.: *Survival Analysis. A Self-Learning Text*, Springer, New York, 2005.

⁵¹ Hemos utilizado dos técnicas para implementar estos análisis. Análisis en tiempo continuo utilizando la Regresión de Riesgos Proporcionales de Cox y análisis en tiempo discreto a través de regresión logística. Las regresiones de Cox siguen esta ecuación:

$$h(t) = h(t)_0 \exp(\beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)$$

Considera el tiempo de forma continua y distingue entre un riesgo base al que todos los individuos están sujetos ($h(t)_0$) y el efecto de las variables explicativas que modifican proporcionalmente los riesgos y están relacionadas exponencialmente. La proporcionalidad del riesgo quiere decir que, el efecto de una variable, por ejemplo, el sexo de un niño, no varía con la edad y se mantiene constante. Es decir que durante todo el periodo estudiado, un niño tendrá siempre una mayor probabilidad de morir que una niña. Esta asunción es una pieza clave de esta metodología que tiene que ser testada para asegurar la validez de los modelos. Por ejemplo, en la mortalidad durante la infancia se trata de una asunción incorrecta ya que se ha descrito una variación en el efecto en el tiempo de los factores entre el primer mes, el primer año y el resto. Por tanto, es preciso llevar a cabo algún tipo de modificación. En nuestro caso, hemos elegido dividir la vida en periodos para los que sí parece factible asumir esa proporcionalidad en el efecto de las variables.

Se han realizado regresiones logísticas cuando se ha dividido el tiempo en intervalos para cada individuo. Esta técnica estudia la probabilidad de que se produzca o no el evento en cada uno de esos intervalos (1-0). La fórmula utilizada es:

$$\Pr(y = 1|X) = \frac{\Pr(y = 1|X)}{\Pr(y = 1|X) + \Pr(y = 0|X)} = \frac{\exp(X\beta + \varepsilon)}{1 + \exp(X\beta + \varepsilon)}$$

Para cada individuo, calculamos el odds (Ω) de la probabilidad de experimentar un evento sobre la probabilidad de no experimentarlo, dadas una serie de características.

⁵¹ El primer trabajo publicado es el de KERTZER, D. I. y WHITE, M. J.: “Cheating the angel-makers: surviving infant abandonment in nineteenth century Italy” en *Continuity and Change* nº 9 (3), 1994.

primera vez para el análisis de la mortalidad expósita hace más de una década⁵², la historiografía española no ha empezado a incluir esta metodología hasta muy recientemente⁵³.

La contribución metodológica de este trabajo tiene dos aspectos: por un lado, la ampliación del uso de esta metodología para el otro posible destino, el retorno y, por otro, la aplicación rigurosa de la metodología para distintas edades y sub-grupos, para evitar un análisis generalista que esconda la heterogeneidad propia de la población institucionalizada.

A través de la combinación de estos dos tipos de aproximaciones metodológicas se ha tratado de ofrecer una visión más completa y adecuada del abandono infantil. Los esfuerzos de la historia de la beneficencia e historia social más clásicos se han combinado con la práctica de la demografía histórica tradicional referida a expósitos, que han sido modernizados con innovaciones introducidas por epidemiología y demografía.

⁵² El primer trabajo publicado es el mencionado KERTZER, D. I. y WHITE, M. J.: “Cheating the angel-makers: surviving infant abandonment in nineteenth century Italy”, seguido de otros de los mismos autores. Para el caso inglés, la única contribución ha sido a través de la tesis doctoral de LEVENE: *Health and survival chances at the London Foundling Hospital and the Spedale degli Innocenti of Florence, 1741-1799*.

⁵³ La primera en incorporar esta metodología ha sido la tesis doctoral de PUJADES MORA: *La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)*.

CHAPTER 1. THE STUDY OF INFANT ABANDONMENT IN MADRID: BACKGROUND, AIMS, SOURCES AND METHODS

Generally, the aspects addressed by this chapter are treated in most historical works implicitly, however, due to the declared interdisciplinary approach of this research, we have clearly defined a theoretical and methodological starting point, in which aims, sources and methodologies are addressed in a fashion more commonly found other Social Sciences.

First, we describe briefly the juncture in which the literature of foundlings is, between historical and demographic approaches, in order to justify the need and relevance of a proposal such as ours. Second, we describe the specific aims of our study, in the framework of our interdisciplinary approach. The next two sections are devoted to describing the specific ways in which we have set about the task, ie. describe the sources that have allowed us to create our discourse, and the analysis and methodology used.

1.1. LITERATURE REVIEW

From the 1980s, most of the national and international literature devoted to the study of infant abandonment in historical times has addressed the topic under perspectives that stem from history –history of the poor, history of the family, history of women or gender, history of childhood-, resorting also to ideas and tools taken from historical demography.

The preservation of plenty of admission records, which included information about foundlings and their trajectories in the institution, made necessary to quantify and classify infant abandonment as a function of their basic characteristics, compute death rates, etc. When historical demographers got involved in the topic along historians, a particular production started: books which, focusing on a specific foundling hospital, used the admission records as the axis of the explanation and to characterize the foundling population. This treatment lacked a sufficiently defined demographic interest: foundlings were studied as individuals part of the welfare assistance, resulting from the contradictions between morality and sexual behaviour, and not as part of the demographic dynamic (or only in a small number of occasions).

At the end of the 1990s, however, the interests of historical demography (and even demography) timidly entered the study of infant abandonment, particularly of infant mortality. Foundling mortality could be understood in the framework developed for infant and child mortality by demography in the previous decades and, accordingly, analyzed more fruitfully and accurately than before. Thus, their demographic experience, as children subjected to a very particular mortality regime, was studied, never forgetting its temporary and regional specificity.

At the same time, traditional social and family historians kept advancing on the topic, often keeping it in the field of mere quantitative description, either because of ignorance or underestimation of the explanatory capability of demographic (statistical) perspectives. However, both approaches have made significant contributions to our

knowledge of the subject. Accordingly, we briefly explain both to provide the context for ours.

1.1.1. THE HISTORY OF ABANDONED CHILDREN

Inside history, the main branch involved in the study of infant abandonment has been social history, as the foundling experience has been used as a window into the world of childhood, marginality and poverty. In fact, foundlings have been considered key elements in the social history of welfare and pauperism because of their central role in policies until the end of 19th century⁵⁴. Significant contributions have also been made from family history, for whom foundlings are also important in the study of family relationships in the past; women history and gender discourse; and research related to history of childhood and history of emotions. To sum up all these contributions, the literature on infant abandonment can be understood from two points of view, as part of two frameworks: the social history of charity, welfare and pauperism, and, as a standalone corpus of literature, the history of foundlings.

If we consider literature on foundlings as part of the wider field of pauperisms and welfare, and we apply the classification for the field in Spain stated by Carasa to the national literature dealing with foundlings, most of the works are ascribed to the second and third stages. This means that there are only contributions among the socio-economic trend of the 1980s (with the onset of quantification of the phenomenon) and the 1990s methodological renewal that included relationships between poverty, society and welfare⁵⁵. Thus, none of the published works can be ascribed to the fourth stage, the cultural turn, which is virtually impossible to achieve for the literature on foundlings because of data availability. Under this view, this field of research seems unable to progress further than the structuralist and reductionist limitations of the third stage. However, some limitations can be overcome through means that do not necessarily imply a cultural turn but can nonetheless offer new horizons, such as, the discourse about the uses of the charity⁵⁶.

Although the consideration of the field under the research done on pauperism and welfare assistance helps locate it in a similar thematic area, it restricts its features artificially, preventing us from observing the distinctive features of this body of literature accurately, that is, from considering the studies on foundlings as a field of study on itself.

The foundational period was the 1980s, when the first monographs appeared. They were books clearly placed between social and family history that contained a heavy (for that moment) quantitative part to describe the general characteristics of infant abandonment in their specific contexts. The paradigmatic works of that moment,

⁵⁴ ESTEBAN DE VEGA, M.: "Pobreza y asistencia social en la España de la Restauración" in PALACIO MORENA, J. I. (Ed.), *La Reforma Social en España. En el centenario de las Reformas Sociales*, CES, Madrid, 2004, p. 27.

⁵⁵ CARASA SOTO, P.: "La historia y los pobres: de las bienaventuranzas a la marginación" in *Historia Social* nº 13, 1992.

⁵⁶ ESTEBAN DE VEGA, M.: "Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española" in *Ayer* nº 25, 1997.

focused on the 19th century, and still relevant, were the books by Ransel for Russia⁵⁷, Fuchs for Paris⁵⁸, and Hunecke for Milan⁵⁹, the three published in 1988.

Plenty of other works expanded the evidence for other contexts and chronologies⁶⁰. And, in spite of the preference for 18th and 19th century –which still exists–, other periods were also studied: the Middle Ages and the Renaissance⁶¹. The 20th century, however, was to be of no interest until recently⁶².

After these contributions, the convergence in the study of infant abandonment across Europe became apparent in the organization of an international conference in 1989 (*Enfance abandonnée et société en Europe. XIV-XX siècle*⁶³). At that point, there were four key issues the literature needed to address: 1) the nature of the institutions receiving foundlings; 2) the statistical measure of the phenomenon; 3) the conditions, circumstances, and identification of the agents of abandonment; and 4) the circumstances of the trip to the foundling hospital⁶⁴. These concerns had been acknowledged in previous works and are still at the core. Four years later, the same issues were identified in Spain in the session on foundlings of the III Conference of the

⁵⁷ RANSEL, D. L.: *Mothers in Misery. Child Abandonment in Russia*, Princeton University Press, Princeton, 1988.

⁵⁸ FUCHS, R. G.: *Abandoned Children*, State University of New York Press, Albany, 1988.

⁵⁹ HUNECKE, V.: *I trovatelli di Milano: Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*, Il Mulino, Bologna, 1989.

⁶⁰ ÁLVAREZ SANTALÓ, L. C.: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía, Sevilla, 1980; SHERWOOD, J.: "El niño expósito: cifras de mortalidad de una Inclusa del siglo XVIII" en *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* n° 13, 1981; MCCLURE, R. K.: *Coram's Children: the London FHM in the eighteenth century*, Yale University Press, New Haven, 1981; and LEUNG, A. K. C.: "L'Accueil des enfants abandonnés dans la Chine du bas-Yangzi aux XVIIe et XVIIIe siècles" in *Études Chinoises*, 1985.

⁶¹ Among others, we can highlight: BOSWELL, J.: *The Kindness of Strangers: the abandonment of children in Western Europe from late antiquity to Renaissance*, Pantheon Books, New York, 1988; GAVITT, P.: "Charity and State Building in Cinquecento Florence: Vincenzo Borghini as Administrator of the Ospedale degli Innocenti" in *The Journal of Modern History* n° 69 (2), 1997; and PULLAN, B.: *Orphans and foundlings in Early Modern Europe*, The Stenton Lecture, Reading, 1989.

⁶² The 20th Century has been addressed in some international works but not as the only period. VIAZZO, P. P., BORTOLOTTI, M., and ZANOTTO, A.: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality" in PANTER-BRICK, C. y SMITH, M. T. (Ed.), *Abandoned children*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000; VIAZZO, P. P., BORTOLOTTI, M. y ZANOTTO, A.: "A special case of decline: levels and trends of infant mortality at the Florence FHM, 1750-1950" in CORSINI, C. y VIAZZO, P. P. (Ed.), *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750–1990*, Martinus Nijhoff, The Hague, 1997. The only places studied in Spain during the 20th century have been Seville, Navarra, Barcelona and Pontevedra: ÁLVAREZ SANTALÓ: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*; RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: "La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903", Historia, Universidad de Barcelona, 2007; RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: "La inclusa de Pontevedra (1872-1903)" in *Pontevedra. Revista de Estudios Provinciales* n° 19, 2003; URIBE-ETXEBARRIA FLORES, A.: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, Bilbao, 1994 y VALVERDE LAMSFUS, L.: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, Bilbao, 1994.

⁶³ Conference papers were published in the edited book *Enfance abandonnée et société en Europe. XIVe-XIXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991.

⁶⁴ PÉREZ MOREDA, V.: "Las circunstancias del abandono", in *Enfance abandonnée et société en Europe. XIVe-XIXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991, p.73.

Spanish Association of Historical Demography (ADEH, Asociación de Demografía Histórica)⁶⁵.

Together with a more or less extensive coverage of these topics mentioned above in the subsequent literature, two issues were to take centre stage: the causes of abandonment and of foundling mortality. On the one hand, many authors have insisted on discussing illegitimacy and/or misery as the only causes of abandonment, in spite of a general consensus over the complexity of the issue. On the other hand, the literature has focused on mortality because of its scale and its relevance to the debate over the social and demographic role of foundling hospitals although there were other possible outcomes (transference to hospices, retrieval by parents). Many works have maintained the traditional vision of infanticidal institutions put forward by Malthus⁶⁶, assimilating abandonment to indirect or deferred infanticide⁶⁷, although many others have contested it⁶⁸. In general, the basic aim of the research on foundling mortality has been to measure, analyze and interpret the exact level of the loss of foundling lives using general descriptions and tools of demography but never assuming its concerns⁶⁹.

During the last two decades, the literature on foundlings has not changed much. International scholarship has insisted on the same themes, although exploring new perspectives to escape the framework of the institution and connect with the wider society, but at the same time restricting itself to the disciplinary limits of history and using historical demography only as an auxiliary tool for the descriptive analysis of foundlings⁷⁰. In Spain, the picture has not been very different, and the approaches

⁶⁵ A recent edited book was also edited the contributions in the Iberian Peninsula: PÉREZ MOREDA, V., (ed.): *Infancia abandonada e ilegitimidad en la historia de las poblaciones ibéricas. Actas del III Congreso de la ADEH (Asociación de Demografía Histórica)*, vol. 3 Ediciones Afrontamento, Braga-Guimaraes, 1995.

⁶⁶ We should refer here to the description made by Malthus of the system (and its high mortality of the FHM of Saint Petersburg and Moscow during the 19th Century. MALTHUS, T. R.: *An Essay on the Principle of Population*, John Murray, London, 1826, Book II, chapter III, p.23-30.

⁶⁷ See PÉREZ MOREDA, V.: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, Real Academia de la Historia, Madrid, 2005, p.50. In this interpretative line, see: TRINIDAD FERNÁNDEZ, P.: "La infancia delincuente y abandonada" in BORRÁS LLOP, J. M. (Ed.), *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996, p.513.

⁶⁸ Different authors offer several justifications to the assimilation between abandonment and infanticide but there is not a total consensus. VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, p.44.

⁶⁹ Pérez Moreda's work on the mortality crisis until the 19th collected a first synthesis of foundling mortality, necessarily heterogeneous due to the varied sources of his data but quite useful has he differentiates the type of measures computed. PÉREZ MOREDA, V.: *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Siglo XXI, Madrid, 1980, p.160-172.

⁷⁰ Among the most important works in this period, we can highlight: ABREU, L.: "The Évora foundlings between the 16th and the 19th century: the Portuguese public welfare system under analysis" en *Dynamis* nº 23, 2003; DA FONTE, T. A.: *No limiar da honra e da pobreza. A infância desvalida e abandonada no Alto Minho (1698-1924)*, Ancorensis Cooperativa de Ensino, Minho, 2005; DOS GUIMARÃES SÁ, I.: "Circulation of children in eighteenth-century Portugal" in PANTER-BRICK, C. y SMITH, M. T. (Ed.), *Abandoned children*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000; GALLANT, T. W.: "Agency, Structure, and Explanation in Social History: The Case of the Foundling Home on Kephallenia, Greece, during the 1830s" in *Social Science History* nº 15 (4), 1991; MILLER, J.: *Abandoned: Foundlings in Nineteenth-Century New York City*, New York University Press, New York, 2008; y VIAZZO, BORTOLOTTI, and ZANOTTO: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality".

likewise varied: institutional history analysis⁷¹; contributions with basic descriptions⁷²; more explanatory approaches, including gender perspectives⁷³; and the history of poverty⁷⁴. Finally, it is essential to mention the acceptance speech by Vicente Pérez Moreda to the Royal Academy of History in 2005, which synthesized the Spanish history of foundlings and made it visible to mainstream history⁷⁵.

1.1.2. THE INTRODUCTION OF NEW TRENDS IN DEMOGRAPHY IN INFANT ABANDONMENT

Accordingly, the foundational historical demography turned to focus on more concrete research questions related with individual demographic dynamics and its determinants. In the late 1980s, the pioneer works on that subject appeared, implementing new methodologies and that has become the core part of current historical demography.

At the end of the 1980s, a change in the subjects and research questions was taking place in historical demography, implying the introduction of general demography concerns and a change from explaining trends and aggregated measures to the explanation of individual behaviour. Accordingly, historical demography focused on new research questions related to individual demographic dynamics and its determinants, implementing new methodologies giving rise to a new scientific production now at the core of current historical demography⁷⁶.

The two specific tools that made this change possible were: a sociological theoretical framework that addresses individual's behaviour (life course approach) and a statistical tool to analyze it (event history analysis). Life course approach refers to the dependence found between the events experienced by an individual and his past

⁷¹ An example of this type of research can be seen in: GÓMEZ RUIZ, T.: *El Hospital Real de Santa María Magdalena y la Casa de Expósitos de Almería, Almería y los almerienses*, Instituto de Estudios Almerienses. Diputación de Almería, Almería, 1997.

⁷² Among these, we can mention: FERNÁNDEZ UGARTE, M.: "Un aspecto de la historia social: Los expósitos en la Salamanca del siglo XVIII", *Actas del I Congreso de Historia de Salamanca*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1992; LÓPEZ VIERA, D.: *El niño expósito en Huelva y su tierra durante el Antiguo Régimen*, Excmo. Ayuntamiento de Huelva, Huelva, 2003; TORRUBIA BALAGUÉ, E.: *Marginación y pobreza. Expósitos en Salamanca (1794-1825)*, Diputación de Salamanca, Salamanca, 2004; and RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: "El destino de los niños de la Inclusa de Pontevedra, 1872-1903" in *Cuadernos de Estudios Gallegos* nº 121 (Enero-Diciembre), 2008.

⁷³ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, es el referente. RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: "El castigo del deseo femenino en la Casa de Expósitos y Maternidad de Barcelona" in PASCUA, M. J., GARCÍA-DONCEL, M. D. R. y ESPINGADO, G. (Ed.), *Mujer y deseo: representaciones y prácticas de vida*, Universidad de Cádiz, Servicio de Publicaciones, Cádiz, 2004, RODRÍGUEZ MARTÍN: "La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903".

⁷⁴ RAMAS VARO, M. L.: *La protección legal de la infancia en España. Orígenes y aplicación en Madrid (1900-1914)*, Consejo Económico y Social, Madrid, 2001.

⁷⁵ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*.

⁷⁶ Among some of the former, we can refer to ALTER, G.: *Family and the Female Life Course*, The University of Wisconsin Press, Madison, 1988; and KNODEL, J.: *Demographic Behaviour in the Past: A Study of Fourteen German Village Population in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988.

trajectory, present situation and future aspirations⁷⁷. Event history analysis allows us to accommodate incomplete life histories (i.e., truncated or partial trajectories) and test hypothesis on the determinants of the occurrence of a specific behaviour or experience of an event⁷⁸.

In order to deal with these new research questions, focused on individuals, large longitudinal databases have been collected, capturing family and individual trajectories in long chronologies. This means the collection of information for several generations on births, deaths, marriages, addresses, household structures recorded in listings of inhabitants or population registers, etc. Using these rich sources, research has focused on demographic analysis and comparison of contexts. Mortality, fertility, nuptiality and migration have been studied as the result of different familial, social, geographical, and chronological factors⁷⁹.

Historical demography's emphasis on individual's lives as on-going projects whose experiences (and demographic behaviour) can be explained, allowed the appearance, from 1994 onwards, of a true "foundling demography", over the context of a "foundling history". David Kertzer and Michael White studied foundling mortality under the same approaches and methodologies that were being used for the general child population. Although it is virtually impossible to study the actual experience lived by foundlings, their approach did offer a way to descend to the individual experience of mortality inside the institution. Using data from Bolonia in the 19th century, they distinguished, for the first time, the different influences over foundling's mortality, a giant step forward in contrast with the generalization resulting from the use of aggregated analysis⁸⁰.

⁷⁷ One of the most important names in this theory is Elder:: ELDER, G. H., KIRKPATRICK JOHNSON, M., y CROSNOE, R.: "The Emergence and Development of Life Course Theory" in MORTIMER, J. T. y SHANAHAN, M. J. (Ed.), *Handbook of the Life Course*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2003.

⁷⁸ Event history analysis is also known as survival analysis as it was originally imported from medicine and epidemiology into demography. From the mid-1980s, it has been widely used in demography and it is today a key tool in the blossoming field of longitudinal studies.

⁷⁹ We are not going to list all projects involved in this effort but it is important to refer to the collective effort by the Eurasia Project that has attempted to answer general demographic questions through the analysis of different settings (villages in China, Japan, Belgium, Sweden, Italy and France). Among other important projects, we can also mention work done for Ghent, Geneva, the *Historical Sample of the Netherlands*, the *TRA* database, the *Union Army Project* in United States. Nationally, Aranjuez's population was reconstructed for the period of the Demographic Transition and currently there is a Project to do so for the city of Madrid, which is the setting for our own research.

⁸⁰ During the 1990s Kertzer wrote several papers adopting several approaches. Along some works from a strictly historical perspective, from 1994 he started publishing with Michael White papers applying longitudinal analysis to foundling's lives (KERTZER, D. I.: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*, Beacon Press, Boston, 1994). However, they did not fit complete models until their 1999 paper (KERTZER, D. I., SIGLE, W., and WHITE, M. J.: "Childhood mortality and Quality of Care among Abandoned Children in Nineteenth-Century Italy" in *Population Studies* n° 53 (3), 1999). Simultaneously, they published additional works on other unexplored issues regarding infant abandonment: gender ideology and women role, (KERTZER, D. I.: "Gender Ideology and Infant Abandonment in Nineteenth-Century Italy" in *Journal of Interdisciplinary History* n° 22 (1), 1991, KERTZER, D. I. y SIGLE, W.: "The marriage of female foundlings in nineteenth-century Italy" in *Continuity and Change* n° 13 (2), 1998), age structures in foundlings lives and transitions to adulthood of foundlings (KERTZER, D. I.: "Age structuring and the lives of abandoned children" in *Journal of Family History* n° 41, 1999, SIGLE, W., KERTZER, D. I., y WHITE, M. J.: "Abandoned Children and Their Transitions to Adulthood in Nineteenth-Century Italy" in *Journal of Family History* n° 25, 2000), the problem of syphilis transmission to wetnurses (KERTZER, D. I.: *Amalia's Tale. A Poor*

As infant abandonment has been mainly studied by historians, this innovation went unnoticed for almost 10 years. Only in the last 5 years, historians of infant abandonment or demographers have taken over Kertzer and White's research. Alyssa Levene carried out a comparative project with data from the *London Foundling Hospital*, and the *Spedale degli Innocenti* in Florence for the second half of the 18th century, restricting the analysis to infant and child mortality⁸¹. Pujades Mora's recent doctoral dissertation has also taken over this work, and similarly focused exclusively on Palma de Mallorca's foundling mortality⁸².

1.1.3. The future: history and demography of foundlings

In recent years, some authors, such as Carasa, have suggested that the 'economy and demography of foundlings' had already been covered. Under this term, he pooled together the general topics discussed so far: causes of abandonment, mortality, specific treatment of the institution, along with institutional descriptions⁸³. However, his vision is quite narrow as there are unexplored areas, new approaches, and innovations in close disciplines which can revitalize the field and completely change our understanding of foundlings' lives and deaths.

First, there are literature gaps that need to be filled, such as the absence of specific analyses on the other two possible outcomes alternative to mortality: hospice/poorhouses and parental retrieval. In particular, retrieval by mothers or families has not stirred interest comparable to that of mortality and there are barely studies dealing specifically with them although its presence is cursory mentioned⁸⁴. The literature's implicit assumption of identity between abandonment and final renounce to the child, which may be valid for the early Modern period but not for later ones, is

Peasant, an Ambitious Attorney, and a Fight for Justice, Houghton Mifflin Company, Boston, 2008, KERTZER, D. I.: "Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy" in *Journal of Social History* n° 32 (3), 1999).

⁸¹ Additionally to her doctoral dissertation (LEVENE, A.: "Health and survival chances at the London FHM and the Spedale degli Innocenti of Florence, 1741-1799", History, University of Cambridge, 2002), it is important to note her summary paper (LEVENE, A.: "The survival prospects of European foundlings in the eighteenth century: the London FHM and the Spedale degli Innocenti of Florence" in *Popolazione e Storia* (2), 2006) and her specific contribution to the study of the London FHM mortality (LEVENE, A.: "The estimation of mortality at the FHM, 1741-1799" in *Population Studies* n° 59 (1), 2005, LEVENE, A.: "The mortality penalty of illegitimate children: foundlings and poor children in Eighteenth-Century England" in LEVENE, A., WILLIAMS, S. y NUTT, T. (Ed.), *Illegitimacy in Britain, 1700-1920*, Anthony Rowe Ltd, Chipenham and Eastbourne, London, 2005).

⁸² These analysis were only a part of her dissertation (section 3.4), which revolved around the mortality of the city of Palma de Mallorca: PUJADES MORA, J.-M.: "La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)", Historia Contemporànea, Universitat de les Illes Balears, 2008.

⁸³ CARASA SOTO, P.: "Perspectivas de la historiografía española en torno a los expósitos e ilegítimos desde las actuales tendencias en Historia social" in PÉREZ MOREDA, V. (Ed.), *Expostos e Ilegítimos na realidade ibérica do século XVI ao presente. Actas do III Congresso da ADEH*, 1996, p. 89-91.

⁸⁴ The best study so far is that by HUNECKE, V.: "The abandonment of legitimate children in nineteenth-century Milan and the European context" in HENDERSON, J. y WALL, R. (Ed.), *Poor women and children in the European Past*, Routledge, London and New York, 1994, p.130; in Spain, it has been partially studied by VALVERDE LAMFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*. Pérez Moreda comments some works for Portugal and France in PÉREZ MOREDA: "Las circunstancias del abandono", p. 78.

responsible for this omission. However, the study of temporary abandonments would be useful to offer new perspectives on the phenomenon.

Second, it is necessary to overcome the opposition poverty-illegitimacy and to address differently the causes of infant abandonment. Poverty and illegitimacy were not isolated or isolable factors, so it is necessary to better study the reasons that led mothers and families to leave their children in foundling hospitals.

Third, the demographic corpus of knowledge mentioned in the previous section (theoretical and methodological) has barely been incorporated to the study of infant abandonment. It offers the perfect platform from which to perform a qualitative leap in our knowledge of infant abandonment and foundlings' lives and deaths. Mortality studies have been limited and contributions from epidemiology and the history of medicine can help us to understand the causes of mortality better (through the proper analysis of cause of death mortality).

To summarize, there are still open debates and unanswered questions in the study of infant abandonment, but the approaches stemming from the cultural turn are not the only way to go. It is necessary to re-think some of the assumptions and classic approaches to infant abandonment, to open new research avenues, and to look beyond disciplinary frontiers. It is necessary to accept the innovations offered by longitudinal analysis in historical demography not yet fully exploited by social history or history of abandonment. Combined with the technical and technological advances that allow us to face challenges unimaginable a couple of years ago, there is a hopeful future for the study of foundlings.

1.2. RESEARCH APPROACH AND AIMS

Studying infant abandonment in any time period is a very complex task as it involves a multiplicity of factors, contexts, and agents directly or indirectly involved. Some of these are, to name a few: the women delivering the babies and the reasons behind their decision to abandon; the morality guiding social roles and particularly women's; the institutions designed to take care of abandoned children; the life experiences of children institutionalized and their demography; the medical discourse over infancy and childhood, etc.

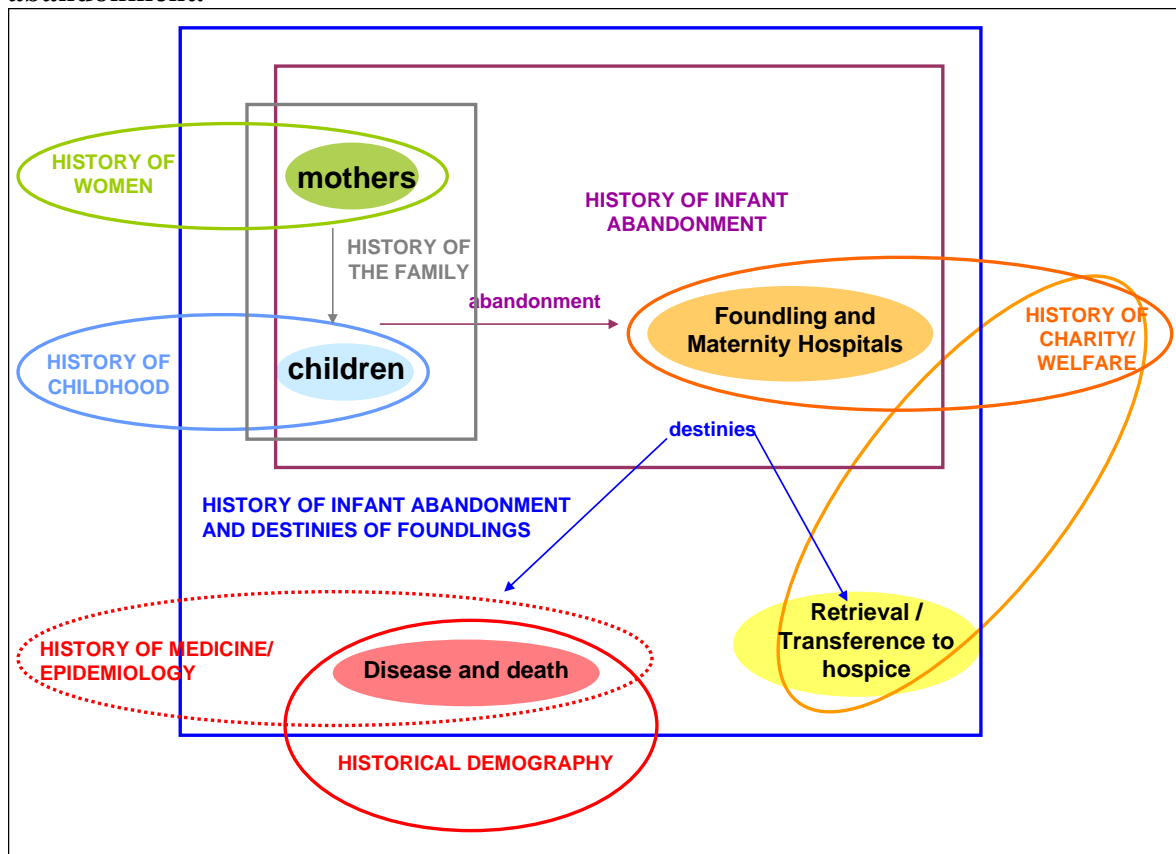
Each of these elements can be a specific research subject with its own entity within a discipline or specific research approach, not necessarily having to refer to infant abandonment. The complexity of the subject implies that when research focuses on infant abandonment, only one or two of the elements can be prioritized, allowing simultaneous visions of infant abandonment according to the subject and perspective: women and abandonment; role of institutions on mortality, etc.

In graph 1.1 we have presented a synthesis of the most important aspects described and the perspectives or disciplines that have taken up their study. In the upper part of the diagram, women, children, and institutions are the main elements in abandonment, allowing us to draw the general characteristics of infant abandonment. Most of the scholarly work done in these areas has stemmed from different history approaches (gender perspective, institutional or social history, etc). In the lower part, the

possible outcomes of institutionalized life deal with the consequences of abandonment for children. They have been primarily addressed by demography (particularly mortality).

Addressing infant abandonment from all these points of view, focusing on each specific topic, would be unfeasible and inoperative. We have accordingly chosen to address the phenomenon focusing on two topics: depositing children in the foundling hospital and the vital experiences of children after admission. By drawing together pieces from the two parts of the diagram, we have proposed a composite vision. In order to carry out this research, we have chosen an interdisciplinary approach in which we have tried to bridge the space between the approaches from history and historical demography to foundlings and to strike a balance between the two, bringing about a new, synthetic, innovative, and rigorous vision. On the one hand, we have searched for answers to questions that history did not now how to ask in questions put forward by demography. On the other hand, we have searched for the foundations and explanation for demographic findings in history putting explanation before quantification, anchoring the analysis in the historical experience.

Graph 1.1. Research topics and disciplines involved in the study of infant abandonment.



Source: Own elaboration.

In our introduction of historical demography in the history of foundlings we have attempted to go beyond previous studies, explicitly connecting with the demographic analysis of behaviour and the life course perspective. First, we have not restricted the analysis to mortality but have expanded it to retrieval which, even if it is not a demographic event, can be studied under the same framework. Second, we have tried to fulfil a double aim: one, to use general demographic experience as an

explanatory tool for the foundlings' changing situation; and two, as a standard for comparison, allowing us to test to what extent extreme cases (such as foundlings) conformed to "general demographic patterns". We have not forgotten the perspectives and theoretical and methodological tools of other approaches or disciplines connected to infant abandonment when they helped complete our discourse, even if it was not possible to address them specifically. Accordingly, we have introduced small reflections over gender roles, assistance policies, changing medical discourse, epidemiological notions on mortality, etc.

Thus, our background challenge has been the establishment of a dialogue between contributions from social history and historical demography, making their discourse intelligible for each other. When interdisciplinary frontiers are discussed, we generally think about the division "sciences" and "humanities", but there are actually many more barriers inside the disciplines that are compound in them. This segmentation appears particularly restrictive at present, when the complexity of the research questions posed precisely requires working in "frontier" topics. In the case of demography and history, which seem close, there is a great distance in research topics, approaches, and in the narrative, both in the laying out of the problems as well as in the specific way of addressing them. Accordingly, even when there was no need for "translation", we have certainly needed "harmonization".

The duality of this approach has been expressed in the research structure and our specific aims. Formally this thesis may seem a traditional foundling hospital monograph, with attention to context, institutional description, mortality and retrieval, but its contents have co-ordinated history and demography, offering new perspectives on each of the topics discussed. Two basic aims have been defined to: to study the use of the Foundling Hospital of Madrid (FHM) at the beginning of the 20th century to deposit children, and their vital expectations while institutionalized.

The first part of the thesis has focused on the first aim: the specificity of the FHM context for the deposit and abandonment of children from a history approach. Two goals have been defined to complete the analysis. First, to analyze the specificity of the resort to the FHM in the framework of the assistance, the medical and gender discourses, as well as the social, demographic and assistance characteristics of the city of Madrid. Chapters 2 and 3 have covered this goal, drawing the scenery and the ideological and practical implications of infant abandonment in the city. Second, to study the relationship between the evolution of the institutional policies and the characteristics of the foundling population. Chapters 4 and 5 have covered this second goal, on the one hand, offering an account of the legal and ideological changes that let an assistance use of the institution emerge and, on the other hand, how these changes were translated to the specific behaviours in abandonment and the characteristics of the foundling population.

The second part of the thesis has focused on the second main aim: analyzing the vital expectations of institutionalized children as a function of abandonment patterns. This has been done through quantitative analysis, from a mainly demographic perspective. As it was impossible to address all possible outcomes occurring to children once admitted in the institution, two research goals were designed. The first goal was to offer a new vision of institutionalized lives under a longitudinal perspective, placing time in the centre of the explanation, not only chronologically but also in life times.

These two projects had exclusively demographic goals so the collected basic sample only responded to those issues. Thus, it was essential to incorporate another two samples with additional FHM archival information in order to have a more rounded vision of the social aspects of infant abandonment.

This has been dealt with in chapter 6. The second goal was to understand foundlings' probabilities of experiencing the different events inside the institution: placement in the countryside for continuing breastfeeding, and/or the other predominant "destinies" from a demographic perspective: retrieval by parents and death. In order to do so, it was necessary to study the probability of experiencing these events, and, then, perform an individual-level analysis. The later was designed to be focused on the study of maternal characteristics as protective or risk factors. This goal has been addressed in chapter 6 for breastfeeding, chapter 7 for retrieval by parents and chapters 8 and 9 for mortality. The emphasis on foundling mortality stems from the need to perform its analysis from all possible perspectives to achieve its complete renovation, adding new hypothesis and evidences.

The conclusions have been designed as a synthetic effort to summarize the contributions of the different aims for improving our knowledge of infant abandonment, offering a complete overview.

The dual statement of aims and approaches does not mean total separation but integration, as contributions from both disciplines and perspectives have presided the discourse. For instance, it is impossible to analyze the uses of the institution if we are unaware of the role of retrieval among the outcomes; and, similarly, the study of outcomes does not gain full relevance without considering the uses of the institution and the different types of abandonments. We have attempted, at all moments, to integrate both approaches to supplement the limitations of a discipline with the strengths of the other, offering a complex and, at the same time, coherent and cohesive research.

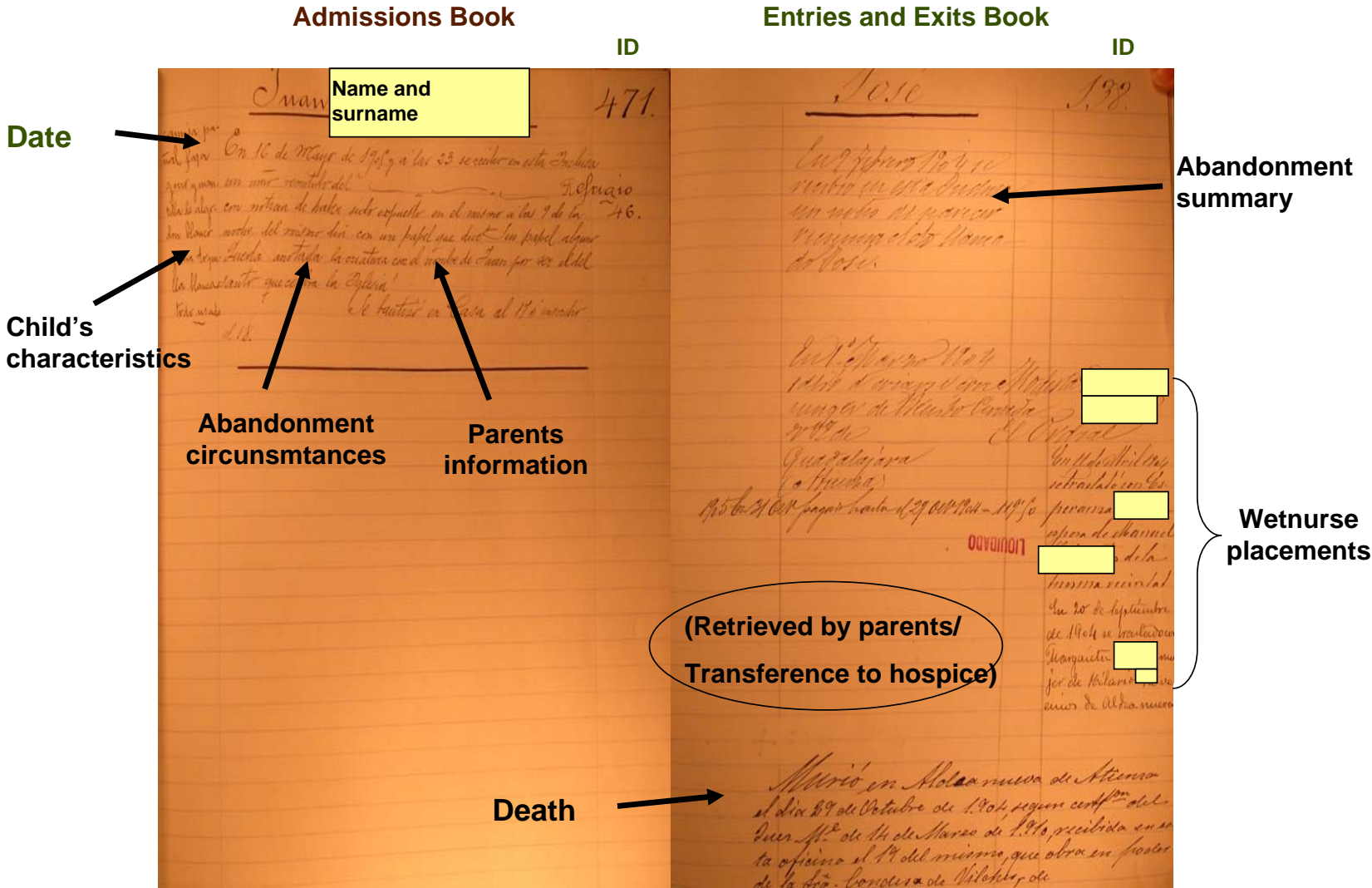
1.3. SOURCES

In order to address the proposed aims, we have found different types of sources to allow us to draw the most complete image possible of infant abandonment. According to the dual approach of this thesis, contextualization has been carried out on two levels: quantitative (through published statistical sources) and qualitative (through archival, press and institutional material).

1.3.1. THE FHM OF MADRID LONGITUDINAL DATABASE (FHMLD)

The core of the quantitative information has been obtained from the FHM records. Most of the data has been collected from the archives of the FHM for the project "Mortality in institutions in the framework of urban demography: Madrid in an international comparative", funded by the Ministry of Science and Education (SEJ2005-06334) that has been followed by the project "The population of a big city one century ago: mortality and demographic structure of Madrid at the beginning of the 20th century in an international comparative" (CSO2008-06130/SOCI), directed by D. Ramiro Fariñas a the IEGD (Institute of Economics, Geography and Demography) at the CSIC (Spanish National Research Council), to which this thesis is affiliated.

Graph 1.2. Information collected in the Admission Books and Entries and Exits Books.



Source: ARCM

These two projects had exclusively demographic goals so the collected basic sample only responded to those issues. Thus, it was essential to incorporate another two samples with additional FHM archival information in order to have a more rounded vision of the social aspects of infant abandonment. The basic database and the personal files sample for 1915 have been collected in collaboration with members of the research team during the period 2005-2008 and 2009, respectively. The family notes sample, however, has been collected exclusively for this dissertation in 2009.

1.3.1.1. The basic longitudinal database

The basic longitudinal database is comprised of the records for all children admitted in the period 1890-1935 in the FHM. A computerized unique record has been created combining information contained in the Admission Book (*Libro de Admisión*) and Entries and Exits Book (*Libro de Entradas y Salidas*), a reproduction of which is shown in Graph 1.2.

Information in the Admission Book⁸⁵ reported all known details about the child, the abandonment, and its circumstances:

- Data regarding admission and circumstances. On the one hand, specific circumstances of the event were registered: order number, date and origin (specific means of admission). On the other hand, specific details of the child: name and surnames⁸⁶, sex, age at admission and place of baptism.
- Data regarding parents: name and surnames, age and marital status, when they were present

The Entries and Exits Book⁸⁷ was used for administrative purposes and was related to the Admission Book through the order number and the year given to children at admission. All information regarding the stay of the child in the institution was included here:

- Data referred to events in life trajectories: date, age and destination of the first and subsequent wet nurse placements, retrieval by parents, fostering, transference to hospice, and return to the institution (if it occurred).
- Data referred to death (date, place and cause were specified).
- Details expanding other information.

The richness of the information gathered from these books and the precision of the observations (almost all events are perfectly dated) have allowed us to construct variables from the collected data, particularly of a longitudinal nature, but not exclusively. Waiting time, stay time and ages at different moments, key variables for event history analysis, have been computed, and also others such as estimated legitimacy and type of abandonment⁸⁸, or membership to a sibship. This last one is one

⁸⁵ Admission Books in the Collection “Inclusa y Colegio de la Paz” with signatures 9923 to 10.170. Regional Archive of the Autonomous Community of Madrid (ARCM).

⁸⁶ In order to input nominative information about children and parents a permit was obtained from the ARCM. However, due to the restrictions imposed by current legislation for data dissemination and the sensitivity on this type of information, no nominative data will be divulged in this thesis.

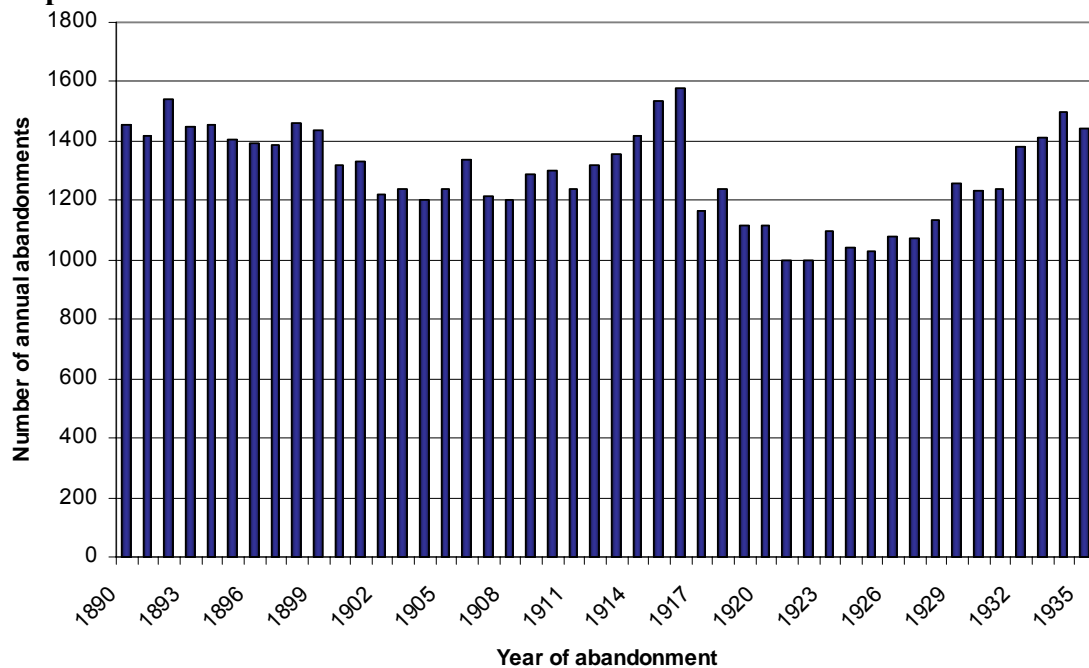
⁸⁷ The Entries and Exits Book was consulted from the collection “Inclusa y Colegio de la Paz” with signatures 9.614 to 9.847. ARCM.

⁸⁸ Explanations on the computations for these variables have included in the specific sections where they appear so as to not to overload this section.

of the most important, built through the combination of the information reported by the institution on abandonments belonging to the same family in the Admission Book, and the nominative record linkage procedures performed on the data⁸⁹. Through these two procedures we have found 1,597 sibships, accounting for a total of 3,473 foundlings.

Each child, independently of his means of admission and/or legitimacy status has been considered as an abandonment (with the exception of a sizeable amount of cases born in the Maternity Hospital that will be discussed in chapter 2), or foundling, following the use of the international literature. In spite of different means of abandonment and of reasons to do so, foundlings' processing by the FHM in a unique registration book, and the later omission of legitimacy references in the institution's daily life, suggest that all children were considered equally by the institution⁹⁰.

Graph 1.3. Number of available cases.



Source: ARCM. Own elaboration.

⁸⁹ Only 15% of the total siblings were found through the information the FHM provided. The rest is the result of the record linkage process. Criteria to consider two foundlings as members of a sibship were: two surnames match, mother's name and surname match, some additional indication match (either age or place of birth), especially for foundlings with very common surnames. Maximum distance between two siblings birth was 6 years, as distances longer than that could increase the probability of matching non-related children. For children abandoned in the period 1890-1900, we have accepted cases matching only first surname due to the generalized registration policy that only included one surname, but additional matched information on the mother has been sought to confirm the match. Linkage rules have been deliberately set conservatively to avoid linking unrelated children so it is possible that more sibships are still hidden in the dataset. However, they are enough in number to obtain a relevant sample and it is very possibly quite representative of the phenomenon.

⁹⁰ This is quite different to what happens in the north of Spain, where institutions accepted children for different purposes. Direct admission of legitimate children, subsidies for breastfeeding, and regular abandonments coexisted, requiring an accurate vocabulary for the different options: abandoned children, foundlings, legitimates and left at the wheel. In our context there were no such differences.

VALVERDE LAMSFUS, L.: "Legitimidad e ilegitimidad. Evolución de las modalidades de ingreso en la Inclusa de Pamplona, 1740-1934", *Enfance abandonnée et société en Europe, XIVe-XXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991, p. 1170-1171.

Total number of cases available for study was 59,301 along the 45 years and distributed as graph 1.3 shows. Our database includes life histories of children under the jurisdiction of the institution instead of total admissions, as there was a small number of children abandoned in more than once (we have concentrated the information in just one record, so no information has been lost). The incidence of this phenomenon is quite limited, accounting for less than 2% of cases, except at the end of the period (see graph A.1 in the Annex).

1.3.1.2. Extended database of abandonment notes

Due to the irregular reporting of additional circumstances around abandonment, and the omission of these details in the systematic data input (as it was beyond the main interest of the project), we needed to include more contextual information to complement the quantitative information collected from the books. Accordingly, the database was expanded for a small sample, as it was impossible to do so for all cases), with the notes left by parents and other complementary information contained in the Individual admission files (*Expedientes Personales*)⁹¹.

Individual admission files comprised all documentation accompanying a child in the moment of admission. The first document they contained was a piece of paper (or a printed form with fields to be filled later in the period) where name, number and year were written, along with other information. Notes left by parents, certificates, tokens, and any other documentation received at a later stage, such as wet nurses' certificates of adequacy (for each wet nurse in charge of a foundling), death certificates, etc. were attached to this initial page. In the case of the Maternity Hospital admissions, the information was written on the back of the document produced by the Sister of Charity registering births in that institution.

We sampled a small group in order to form an idea of the information contained in that source for the whole period. Years ended in 0 were selected (1890, 1900, 1910, 1920 and 1930), linking this information to the one obtained through the previous records. We additionally collected this information for the whole year of 1915, as part of a second expansion exercise of the database, which we will describe in the next section. A random sample⁹² of 20% of annual admissions that were not conveyed to the institution through the Maternity Hospital (which lacked family notes) was selected. We collected the information about causes and circumstances of abandonment, type of information provided and type of note, if present.

The reasons to select this sample were several. On one hand, by selecting a 20% of each year, instead of a fixed number, we intended to keep number of cases proportional to annual abandonments. On the other hand, this selection lent two advantages. First, it offered the possibility of obtaining a good representation of all seasons. Seasonal patterns in infant abandonment are very clear and having information for all months, randomly distributed, allowed a better study population. Second, a random selection avoided over sampling children with very similar characteristics, a distinct possibility if using a fixed system (first cases of a month, of a day, etc.), as we

⁹¹ Signature 7841-8771 from the collection "Inclusa y Colegio de la Paz".

⁹² Selection was made through Stata 9.2 software, which performed a random selection of cases once Maternity Hospital admissions were excluded.

have documented a tendency to report consecutively children with common origin and time of admission: first those coming from the Maternity Hospital, followed by those abandoned during the night, etc.

Table 1.1 shows the number of cases checked for notes in each year. Cases with no note, certificate or no additional information only amounted to 7-12%.

Table 1.1. Sample of cases whose personal file was checked.

	1900	1910	1915	1920	1930
Total not from Maternity Hospital	566	484	505	566	595
Checked	111	95	505	112	114
Percentage	19.61%	19.63%	100%	19.79%	19.16%

Source: ARCM. Own elaboration.

Information collected for each of the checked files was very different. For those which presented some document, we specified the type (note, priest certificate, refuge certificate, etc.), the declared cause of abandonment, the way in which name and surnames were mentioned, legitimacy status, document signee, and the presence of additional “signs” to identify the child for a future reclamation.

1.3.1.3. The 1915 sample

In view of the complexity of infant abandonment and the difficulty of its study only through admission records, we systematically collected the other sources related to admissions occurred in one specific year available in the Regional Archive. We attempted to capture a snapshot of abandonment through the full understanding of the mothers’ circumstances. We chose 1915 for several reasons: a) the richness of the data available for that period, including new information not available for previous years; b) its being at the centre of our study period; and c) coincidence with the production of the quinquennial Listing of inhabitants (*Padrón*). Information came from two sources: the FHM and the Listing of inhabitants carried out by Madrid Town Hall. The information from the Individual Admission Files from the FHM was collected, adding the details pertaining to notes, abandonment circumstances, and the additional information included in the birth documents produced by the Maternity Hospital (which included job, ability to sign, and city address). As these details were of particular interest, we increased the sample by including those born in 1916 in the Maternity Hospital.

Table 1.2. Situations found when searching for women giving birth in the Maternity Hospital during the period 1915-1916 in the 1915 listing of inhabitants.

Possibilities	N	%
No address	7	0.34%
Address in a village	283	13.57%
Complete address in Madrid	1,796	86.10%
Mothers giving birth in the Maternity Hospital in 1915-1916	2,086	100%
Not found	1,355	75.45%
Found	327	18.21%
Not sufficient address to search	114	6.35%
Women searched in 1915 listing of inhabitants	1,796	100%

Source: ARCM and 1915 listing of inhabitants. Own elaboration.

Additionally, we searched individually for mothers giving birth in the Maternity Hospital in those two years (1915 and 1916) in the 1915 listing of inhabitants through their reported address. In cases where more than one address had been reported (i.e., in the moment of abandonment and in the moment of retrieval), both addresses were searched for. As can be seen in table 1.3, in general, our success rate was not very high, less than a 20%, but, in any case, the sample obtained accounts for more than 300 women, for whom we have all their census information (i.e. about themselves and their household characteristics: age, sex, relationship to household head, residency in the city, education, etc).

1.3.2. OTHER STATISTICAL SOURCES

The institutional information from the FHM is at the centre of this research but it has also been necessary to compare and contextualize our analysis in its temporal and geographic framework. Accordingly, several aggregated data sources have been used to illustrate the social, welfare, medical and demographic contexts.

General contextualization has been done through the use of national data published by the National Statistics Institute (*Instituto Nacional de Estadística*) offering census data (1900, 1910, 1920 y 1930) for population stock and vital statistics for population flows: births, deaths and marriages (*Movimiento Natural de la Población*). Additionally, we have made use of the Statistical Yearbooks of Spain (*Anuarios Estadísticos de España*) as they offer other information for the different provinces. For the city of Madrid, we have used the Statistical Yearbook of the Madrid Town Hall (*Anuario Estadístico del Ayuntamiento de Madrid*, 1899) that was followed by the Demographic Statistics of the Town Hall (*Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid*, 1902-1931). Both sources contain annual demographic data disaggregated by boroughs that allows to understand the changes the city was undergoing and that serve as the scenery of the transformations experienced by the FHMI.

1.3.3. CONTEXTUAL INFORMATION

Institutional data on abandonment is determined both by the institution and the city where the abandonment takes place, so it was essential for us to understand the social, demographic, and ideological implications of the phenomenon. In order to achieve that goal, we designed an information collection strategy that has attempted to address aspects related to functioning, transformations, incidences and evolution of the institution and its relevance in Madrilenian society.

1.3.3.1. Archival material: The FHM, The Hospice of Our Lady of the Peace and the Maternity Hospital

The archival material still available about the institutions governed by the Board of Ladies, FHM, Hospice of Our Lady of the Peace and Maternity Hospital is located at the Regional Archive of the Autonomous Community of Madrid (*Archivo Regional de la Comunidad de Madrid*), as these institutions fell under the jurisdiction of the Provincial Council (*Diputación Provincial*). In spite of the preservation of the whole

five centuries of Admission Books, Entries and Exits Books and Personal files, we have found important gaps. One of these gaps affects particularly the first third of the 20th century: in spite of the preservation of hundreds of files of mail and documents of varying nature, the coverage is not as wide as for other periods and its state does not allow for a systematic analysis. Although we searched systematically other sources that could expand the information available for foundlings (mainly about final outcomes and retrievals), our efforts were not successful. On the one hand, although retrieval information was usually kept inside the Personal files, too often we have found it among the general mail. On the other hand, the Registry of Foundlings (*Libros de Registros de Expósitos*) did not add any new information, only final outcome, already noted in the Entries and Exits Book). As this search had a less than expected importance in the reconstruction of the history and inner functioning of the institution, we have resorted to an intensive use of other sources.

1.3.3.2. General daily press

In spite of the problems arising from using daily press for historical research⁹³, we have intensively used this method for objective and subjective information collection. This choice of source is based on several reasons:

- The need to overcome the difficulties posed by the lack of documentation on the inner workings of the institution.

Table 1.3. Queries performed for each digital platform, chronology and search criteria.

Platform	Chronology	Limits	Key words
Gazeta de Madrid	1/1/1853-31/12/1935	-	"inclusa de madrid" y "casa de maternidad" (FHM of Madrid and Maternity hospital)
	1/1/1853-1/1/1890	Madrid	"casa de maternidad" (maternity hospital) "inclusa de madrid"
Hemeroteca	1/1/1890-1/1/1936	Madrid	(FHM of Madrid)
Digital Biblioteca Nacional	1/12/1898-1/1/1901	Madrid	"inclusa" (FHM)
	1/11/1910-1/2/1911	Madrid	"inclusa" (FHM)
	1/1/1918-1/3/1919	Madrid	"inclusa" (FHM)
	1/1/1927-28/2/1930	Madrid	"inclusa" (FHM)
ABC	1/1/1890-1/1/1936	Excluding Seville and Cordoba	"casa de maternidad" (maternity hospital)
La Vanguardia	1/1/1890-1935	-	"inclusa de madrid" (FHM of Madrid)

Source: ARCM. Own elaboration.

- The availability of a large amount of contemporary press in an operative format for bibliographic search. The Digital newspaper and periodicals library project (*Hemeroteca Digital*) carried out by the National Spanish Library (*Biblioteca Nacional de España*) and similar projects have created large digitized collections immensely valuable for historical research. The possibility of searching for specific words or keywords inside the articles, allowed by the

⁹³ SECKER, J.-L.: "Newspapers and Historical Research: A Study of Historians and Custodians in Wales", Department of Information Studies/ Department of History and Welsh History, Aberystwyth University, 1999, p.4.

digitalization procedure (OCR), offers a very powerful tool that accelerates an otherwise very slow process.

- The presence of official sections where events occurring in the different official institutions or decisions involving the FHM were reported in most of the newspapers printed in the first half of the 20th century, be it plenary sessions of the Provincial Board, the Provincial Council, the Provincial Welfare Board, or the Congress and the Senate, along conferences, and meetings of Scientific Societies. This has allowed us to cover a very wide field without having to refer to the proceedings of each of the individual institutions.
- The existence of a large number of daily papers in Madrid between the end of the 19th century and the first third of the 20th century provided the possibility of contrasting the information offered by the different sources.

We performed a general search for the whole period with a very restrictive criterion (“Foundling Hospital of Madrid”) in order to capture the key moments. For the moments where the frequency of articles and the relevant information suggested important periods, we performed additional searches with wider term (“foundling hospital”) in order to locate all possible mentions. In table 1.3, we have presented a summary of the criteria used, and in table 1.4 we have presented the total number of identified articles with relevant information news, commentaries, editorials, opinions) which have been used for our analysis.

Table 1.4. Number of articles with relevant information found in the digital platforms search

Periodical name	Number of articles	Chronological extension
ABC	96	29/7/1890-29/1/1936
Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia	10	29/2/1852-24/7/1853
Clamor, El	26	6/3/1850-15/1/1861
Correspondencia de Espana, La	78	1/2/1860-13/5/1919
Correspondencia Militar, La	6	19/9/1899-4/7/1918
Diario Oficial de Avisos de Madrid	47	7/6/1859-4/7/1889
Discusión, La	9	24/4/1857-7/1/1884
Época, La	104	13/5/1853-24/10/1933
España, La	31	24/10/1852-1/12/1861
Gazeta Médica, La	3	20/2/1852-30/6/1853
Gazeta de Madrid, La	31	2/2/1852-27/8/1935
Globo, El	66	5/1/1876-26/12/1918
Heraldo de Madrid, El	39	3/2/1925-28/11/1935
Iberia, La	21	19/2/1856-27/7/1893
Imparcial, El	87	11/1/1868-18/6/1931
Esperanza, La	16	26/3/1852-29/1/1863
Liberal, El	10	15/1/1900-9/2/1910
Nuevo Mundo	4	10/1/1900-10/1/1930
País, El	26	23/1/1889-15/12/1910
Siglo Futuro, El	37	13/11/1876-12/12/1933
Sol, El	15	20/12/1922-21/2/1930
Vanguardia, La	33	27/12/1899-13/2/1934
Voz, La	28	21/9/1923-25/10/1933
Others (frequencies lower than 4)	53	1857-1935
Total	876	

Source: ARCM. Own elaboration.

1.3.3.3. Medical and Welfare information

In order to complement the general vision obtained from the press analysis, we have searched for specialized information to illustrate the medical discourse about infant abandonments and its consequences. Accordingly, we have incorporated to our analysis a large amount of contemporary production related to infant abandonment and medical concerns. Along with some medical monographs we have additionally searched the printed versions of the two most important social medicine journals in Madrid (*La Medicina Ibera* and *El Siglo Médico*), and the periodical aimed at the protection of abandoned infant, *Pro-Infantia*, using the collections housed in the Library of the Royal Academy of Medicine.

1.4. METHODOLOGY

Traditionally, historical research production does not present an a priori description of the specific methodology that is being used, necessarily implying the right sort of material, critical approach to the sources, assessment of evidence, and the interpretation implicit in the analysis developed. In our case, however, we explain our methodology as the interdisciplinarity of this study has combined methods, approaches, and aims may not be necessarily obvious or intuitive to the two disciplines at work. Historical demography and social history (and particularly, the history of foundlings) seem methodologically much closer than they are.

1.4.1. Part I: historical and demographic analysis

To study the uses of the FHM by the lower classes, we had to answer the two levels proposed with different methodologies. For the first level of our study, we have carried out a traditional historical research through primary and secondary sources to understand the use of the FHM in the framework of the welfare, medical and gender discourse. Chapters 2 and 3 have been created making use of both the contemporary discourse on Madrilenian infant abandonment, society and demography, and current historiography in order to create an adequate image to address the research needs.

For the second level of our study, the demographic analysis, the relationship between institutional policies and the characteristics of the foundling population, we have used very different methodologies. The analysis of institutional change, in chapter 4, has been done using mainly the general press, due to the lack of FHM sources, which has been methodologically challenging. Considered by some as “history’s first draft”, press offers coverage over issues that could not be addressed otherwise, but it has been essential to question the authority of any information obtained thus as, much more than other sources, it is especially subjected to possible inaccuracies, biases, and/or omissions⁹⁴. Accordingly, the historical analysis of the institution has been preceded by a careful contrasting of any information offered using different newspapers, of whom a thorough check had been carried out (history, political leaning, ownership, etc.). We have attempted to offer the facts that were coherent with all sources, and, when disagreement arose, extreme or in the minority, versions were pushed to the

⁹⁴ Ibid., p.4.

background. Newspapers as *El Imparcial* or *La Época*, for instance, were used preferably as references, as they generally presented the shortest and less controversial views. In the cases where we suspected that information could have been exaggerated by political reasons, we have so noted. In any case, we have used preferentially plenary session's summaries (Congress, Provincial Council, etc.) as it has been possible to obtain a very consistent image of them comparing different newspapers. Finally, any information obtained through the press has been compared with other sources whenever possible.

In order to meet the aims set for chapter 5, the study of the characteristics of the foundling population, we have used a quantitative description of the data collected in the longitudinal dataset of the FHM, always referring to the historical explanation. Firstly, we have performed a traditional analysis on the demographic and social aspects of infant abandonment through the habitual use of percentages. Secondly, we have analyzed a set of variables that has allowed us to address some interpretation problems (cases of "technical" and regular abandonments), or provide new information to the historical explanation (key to linking siblings abandoned). Additionally, we have performed statistical comparison tests to check whether some of the patterns that we found were related to actual practices or behaviours, or whether they were the result of random processes.

Regarding our approach to the data sources, it is important to underline that administrative records (from the FHM or the listing of inhabitants) need to be subjected to the same critical review as any other source, as ideological, social, material or personal reasons could interfere with the inscription or the way the record is registered. This lack of consistency between reality and record may be originated in the registered individual or in the registering institution. In order to be aware of the inference problems, we have described some of the reasons that could be behind record variations for the two main sources used, which has allowed us to understand hidden processes in the procedure.

First, it is important to bear in mind that the population registered in administrative sources does not necessarily represent the whole population, whether we consider the listing of inhabitants or the FHM admission records. In the first case, there may have been a large amount of non-registered population in the listing of inhabitants for different causes (for instance, jobs of a temporary nature, unrecorded changes of residence, voluntary concealment, lodgings not considered by the cadastral maps, etc). In the second case, the admission of a child in the FHM or of his mother in the Maternity Hospital necessarily implies a selection, that of people in a vulnerable situation and that required that kind of assistance. We cannot take the profile of those single women resorting to the FHM as representative of all those living in the city. so it is very important to keep in mind the selective effect that registration produces over the population under study. Also, we have to remember that we are missing all those intended abandonments that never reached the FHM as they died in transit, implying that those actually arriving had already been selected by health.

Second, it is also important to bear in mind that although we can discuss agency in a general way for historical processes, we cannot infer strategies from documented actions. On the one hand, we can reintroduce Mandler's concept of the uses of charity and state that the poor were not passive recipients of charity but active agents in its

acquisition, portraying themselves as worthy candidates. In other words, the purposes of charity did not have to be (and indeed were not) that of its recipients⁹⁵. On the other hand, in spite of the documented presence of retrieval leading us to discuss temporary use strategies from an interpretative framework, we cannot infer individuals specific intentions. Accordingly, we have discussed the use of welfare assistance (in the sense of successfully completed uses) to avoid this problem and to capture the different recourses to the institutions at work: definitive abandonments, medical use of the institution and temporary abandonments.

These considerations have led us to be extremely cautious about causality and strategies, which have been discussed only in a general way, as heuristic tools but never applied or measured to individuals. Thus, one of the tools for exploring the distance between documented facts and causes and strategies has been the explanatory frameworks and diagrams of the different trajectories that allow a better understanding of the reality.

1.4.2. Part II: demographic and statistical analysis

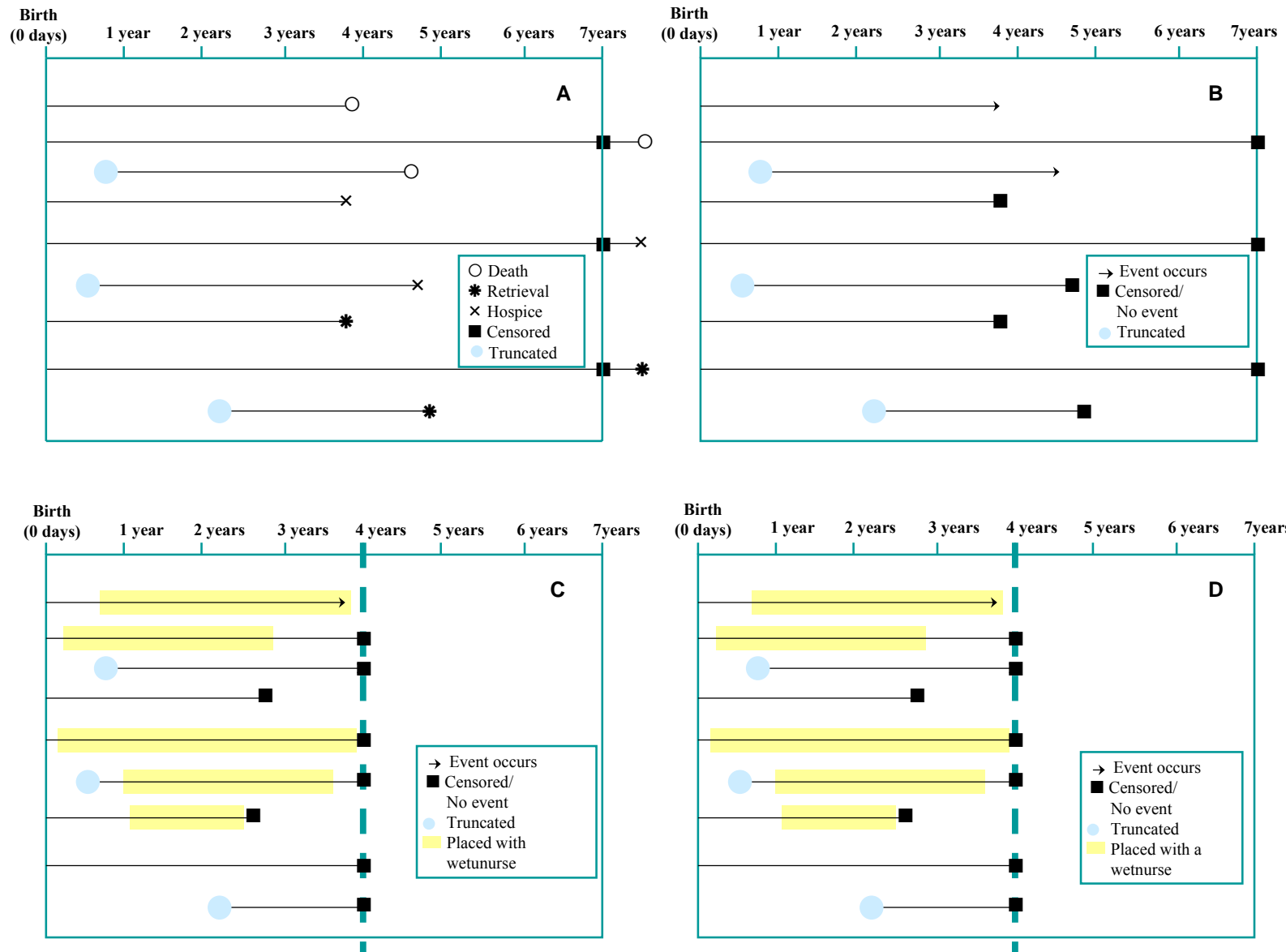
To study the vital trajectories of foundlings, we have resorted to demographic and statistical techniques that aimed at studying the probabilities of experiencing three possible outcomes: placement in the countryside with a wet nurse, retrieval by parents or death. Its study has been addressed, through the analysis of aggregated trends and, through the individual analysis of the factors that determined their occurrence.

For both types of analyses, the first step has been to consider foundling lives within a data structure that respects their nature: duration data. This type of data, life stories with dated events, has several features that must be respected for a correct analysis. Firstly, not every child experienced the same exposure to phenomenon occurrence, as some children were not admitted until days or months after birth, and the exit from the institution's care could happen for various reasons (death, retrieval, transference to the hospice). This means that any computation (for each of the possible outcomes) not specifically designed for this type of data necessarily underestimates the incidence of the phenomenon.

In the case of mortality, for instance, there are large differences in the mortality level between using percentages or longitudinal measures. If we use a proportion (deaths divided by admissions), all children count similarly, no matter the duration of their stay in the institution. Even if it may seem irrelevant, this difference is very large in contexts where not all children were present at all times. An example may help clarify the situation: if there are six children during the first year of life and only one of them dies, the mortality rate for the first year of life is 16.6%.

⁹⁵ MANDLER, P., (ed.): *The Uses of Charity: The Poor on Relief in the Nineteenth-Century Metropolis*, University of Pennsylvania, Philadelphia, 1990.

Graph 1.4. Foundling's lives conceptualization under a longitudinal approach



However, if two children disappear from our study before the first year of life, the cumulative probability of dying before the first year of life is 25%. We have no knowledge about what happened after children left the institution so we only can consider the time they were exposed to die, ignoring the part of their lives experienced out of the institution. Accordingly, reducing the starting population from 6 complete lives to 4 complete and 2 partials, the denominator (expressed in days exposed to the risk of dying) necessarily diminishes, and the probability of dying exceeds the percentage of deaths. In the traditional analysis (with percentages) the unit is the life of a child and in longitudinal analysis the unit is the time exposed to the risk of experiencing an event.⁹⁶

This consideration is the cornerstone of the Event History Analysis or Biographic Analysis⁹⁷, which is a methodology widely used in Social and Biological Sciences. In graph 1.4 we have presented an intuitive view of this framework, explaining how we have understood the complexity of life stories. Section A shows a basic representation of foundling's life histories inside the institution. Its start could be traced back to birth in the institution (0 days) although it could occur days, months or years later (in that case, they have been considered truncated as we lack information on part of their lives). The follow-up period extends to their final outcome that could occur in a maximum time frame of 7 years⁹⁸. During the course of their lives, they could experience one of three main possible outcomes (death, retrieval or transference to the hospice). In the analysis, these three alternative "destinations" are called "events", which we define as clearly identifiable moments that signal a change of state: from alive to dead, from institutionalized to placement in the countryside, etc. Those cases that remained in the FHM beyond the maximum point of observation, 7 years, without experiencing an event, are considered during the whole period but they receive the name "censored", i.e. the end of observation period prevents us from capturing the experience of the event.

This approach allows to consider all possible events dynamically but the analysis needs to be restricted to each of the individual events. Accordingly, section B shows that, once we have selected an event of interest, the rest are considered "censored" also: the occurrence of an alternative event prevents observing the event of interest.

If we understand data in this fashion, estimations always remain true to the reality of lived experiences. For instance, we can limit the study to different age intervals, as it is shown in graph C: the study of mortality until the 4th anniversary. The observation threshold placed at seven years shifts to four and, thus, all children not experiencing the event before become censored when reaching that age. Equally, we could study mortality from 4 to 7 years, starting with the experience of children alive at 4 years of age, and studying the probability of their death until 7 years of age.

⁹⁶ Among other uses in these disciplines, we have to underline: treatment effects in clinical medicine and epidemiology, government transitions in political sciences, mortality, fertility, nuptiality in demography, etc.

⁹⁷ Pioneer work with this methodology was done by the previously mentioned authors, Kertzer and White in their paper: KERTZER, SIGLE, y WHITE: "Childhood mortality and Quality of Care among Abandoned Children in Nineteenth-Century Italy".

⁹⁸ There is a small number of cases that remained under the guidance of the FHM after 7 years but, for simplicity purposes, we are going to keep the theoretical limit for simplicity purposes.

Finally, we can introduce other elements related to age and time, as the moment and duration of placement with a wet nurse, as it is shown in graph D. Introducing the dates where children were placed in the countryside in the data frame, we can conceptualize it as another event (signalling a change of state) or simply including it in the study of event occurrence.

This approach to time allows us to obtain an accurate estimation of aggregated figures⁹⁹, but it also help us descend to individual analysis and understand the regularities and irregularities of institutionalized life, depending on the individual characteristics of children. This is done through the use of multivariate analysis (taking into account the different characteristics of individuals that could account for the increased likelihood of experiencing an event). This means that we can answer questions about the specific weight of different determinants on the probability of experiencing death or retrieval¹⁰⁰.

The introduction of multivariate analysis is key to carrying out individual-level analysis as it offers two advantages. On the one hand, it allows to perform analysis “controlled by” the effects of the characteristics of children different from those we are interested in. This ensures that the differences observed correspond exclusively to the characteristics we are interested in. On the other hand, it offers an accurate quantification of the differences.

In a simple frequency table or percentage comparison, we cannot tell whether illegitimate over mortality is mediated by another variable, for example, younger age at admission of illegitimate children. It is necessary to perform the comparison illegitimate/legitimate for each age at admission to ensure that is not the case. However, once this interference is cleared, additional factors could explain part of the over mortality, for example, circumstances of admission (admission through the turning wheel). Thus, it is very complicated to infer clear relationships from percentages.

⁹⁹ Probabilities of dying have been computed through the formula:

Probability of dying before 1 year = 1 - Probability of surviving to 1 year

Survival probabilities have been computed from the empirical Kaplan-Meier survival estimation (\hat{S}) obtained when using Stata 9.2. This estimator computes the probability of surviving up to a given point in time as the product of the probability of surviving across consecutive days (each death occurred at points t_j), taking into account the changing numbers of individuals at risk for each momento (n) and deaths for each day (d) for all deaths occurring before the time established by us (t):

$$\hat{S}(t) = \prod_{t_j \leq t} \frac{n_j - d_j}{n_j}$$

For our analysis, the formula used by the estimator is slightly different from this one to account for left-truncation and right-censoring, allowing us to consier the n and d for each t_j failure time. We have kept the simple version to offer a more intuitive vision of the estimation.

Probabilities of dying have been computed for different points in time (before first, second anniversary, etc.) and intervals (neonatal, infant period, early childhood, etc). Functional relationship between probabilities of dying at different moments and sub-intervals are related by the following relationship between survival probabilites.

$$\text{Survival Probability from 1 - 4 years} = \frac{\text{Survival at 5 years}}{\text{Survival at 1 year}}$$

¹⁰⁰ We can not use any other type of multivariate models, such as multiple regression because the data structure is not properly accounted for, making the results unreliable.

Even when it is possible to divide a table further, it is very cumbersome to perform a separate analysis for each category of each available variable. Furthermore, once these analyses have been performed, we would not be sure whether the differences found were real or caused by the sample size. If we had 100 children, 50 illegitimate and 50 legitimate and a 50% mortality, we would expect 25 deaths in each group to infer similar chances. But, if we found 24 in one group and 26 in the other, would that mean real differences or could this result be produced by the randomness on the sample, finding the following year again 25 and 25? Maybe a difference of two deaths would not mean real differences but, what about 23 and 25?, and 22 and 28? Are they really different? How to define different? As we have mentioned, multivariate statistics precisely answer these two concerns. It quantifies the exact net effect of illegitimacy controlling for other variables and it specifies whether the differences are “statistically significant”, or they are probably produced by a random process.

Event history analysis¹⁰¹ (in the multivariate version) allows us to analyze the time elapsed until an event occurs (duration of a life until death, for instance) as a function of some characteristics of the individual (explanatory variables). The aim is to study the factors that determine or influence the experience of that event and when it happens¹⁰². In our case, we have restricted our analysis to maternal determinants in the probability of experiencing death or retrieval by parents. Although this technique was

¹⁰¹ Event history analysis (also known as survival analysis) is currently used in demography. Some recent handbooks are: CLEVES, M. A., GOULD, W. W., and GUTIÉRREZ, R. G.: *An Introduction to Survival Analysis using Stata. Revised Edition.*, Stata Press, College Station, Texas, 2004; HOSMER, D. W. y LEMESHOW, S.: *Applied Survival Analysis. Regression Modeling of Time to Event-Data*, John Wiley & Sons, Inc., New York, 1999; and KLEINBAUM, D. G. y KLEIN, M.: *Survival Analysis. A Self-Learning Test*, Springer, New York, 2005.

¹⁰² We have used two techniques to implement these analyses. Continuous-time analysis using Cox Proportional Hazards Regression and Logistic Regression.

Cox regressions follows this equation:

$$h(t) = h(t)_0 \exp(\beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k)$$

It considers time continuously and distinguishes between a baseline function of experiencing the risk to which all individuals are subjected ($h(t)_0$) and the effect of explanatory variables that affect the baseline hazard proportionally and exponentially linked. Proportionality of hazards means that the effect of a variable remains unchanged over the age of the child. This means for sex, for example, that, during his whole life, a male will always have higher mortality than a female. This assumption is key of this methodology and needs to be tested for the models to be valid. For instance, when dealing with mortality in childhood, it is an incorrect assumption as variation between the first month, the first year and the rest of childhood has been described in most settings in the main determinants involved. Accordingly, it is necessary to implement some type of modification. In our analysis, we have divided children lives in intervals for which it is reasonable to accept proportionality in the modification effect of variables.

Logistic regression is performed on the complete time divided in several intervals for each individual. It studies the probability of experiencing or not the event in each of these (1-0). The formula used is:

$$\Pr(y = 1|X) = X\beta + \varepsilon; \Omega(x) = \frac{\Pr(y = 1|X)}{\Pr(y = 0|X)}.$$

For each interval we compute the odds (Ω) of the probability of experiencing the event over the probability of not experiencing it depending on a set of characteristics (X).

applied for the first time one decade ago to the analysis of foundling mortality,¹⁰³ Spanish historiography has not adopted this methodology until lately¹⁰⁴.

The methodological contribution of this dissertation has two aspects: on the one hand, the expansion of the use of this methodology to an unexplored outcome, retrieval by parents, and, on the other hand, the thorough application of this methodology to different age intervals and sub-groups, to avoid a general analysis that could mask the heterogeneity inherent to the foundling population.

Through the combination of these two types of methodological approaches, we have attempted to offer a more complex and accurate vision of infant abandonment. Efforts drawn from more classic approaches from history of charity and social history have been combined with historical demographic analysis of foundlings which have been updated with innovations introduced by epidemiology and demography.

¹⁰³ First published work is that of KERTZER, D. I. y WHITE, M. J.: "Cheating the angel-makers: surviving infant abandonment in nineteenth century Italy" en *Continuity and Change* nº 9 (3), 1994. After that, these authors published some more papers using the same methodology. For the English case, the only contribution so far has been Levene's doctoral thesis and subsequent papers. LEVENE: "Health and survival chances at the London FHM and the Spedale degli Innocenti of Florence, 1741-1799",

¹⁰⁴ The first to adopt this methodology has been Pujades' doctoral dissertation: PUJADES MORA: "La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)".

PRIMERA PARTE. EL DEPÓSITO DE NIÑOS EN LA INCLUSA DE MADRID

Abandonado de mis padres, la Caridad de recoge.
(Inscripción en la puerta de la Inclusa en la Calle Embajadores a principios del siglo XX)

Oficina receptora. Inclusa. Por esta puerta se abandonan niños.
(Cartel a partir de 1929)

La primera parte de esta tesis ha buscado comprender el fenómeno del abandono infantil dentro del recurso a la institución que hemos considerado ampliamente como “depósito” para englobar usos diferenciales. El abandono infantil era un fenómeno muy ligado a las características particulares del lugar y la cronología en el que ocurría así como imbricado completamente en el discurso ideológico, social, de género y las prácticas sociales. Por ello, hemos tratado de delinear la relación entre discurso, registro y realidad del fenómeno a través de un análisis que ha ido de lo general a lo particular. Este análisis es particularmente importante ya que el contexto cronológico en el lugar de estudio ha sido relativamente poco estudiado y presenta un dinamismo que debe ser tenido en cuenta.

Un primer foco de la investigación se ha dirigido a comprender la inserción del abandono infantil en el contexto del pensamiento y de la sociedad de la época para caracterizar y describir la inserción del abandono infantil en el abanico de posibilidades y prácticas de las clases populares en la ciudad de Madrid entre el cambio de siglo y la guerra civil.

Y, el segundo foco, se ha dedicado a comprender la interacción entre los cambios experimentados por el contexto físico e ideológico en el funcionamiento de la institución y la gestión de los expósitos y cómo esos cambios afectaron a la configuración de la población expósita. Bajo el concepto amplio de recurso a la Inclusa, hemos abordado la articulación entre el cambio de discurso y de usos de la institución a la luz de las características de los expósitos.

CAPÍTULO 2. ABANDONO INFANTIL: SOCIEDAD, LEGISLACIÓN Y DISCURSO MÉDICO

2.1. ABANDONO INFANTIL, ILEGITIMIDAD Y ESTRATEGIAS FAMILIARES

Dentro del extenso corpus historiográfico generado desde los años 80 existen imágenes contradictorias sobre el abandono infantil. Se ha descrito tanto la directa igualación del abandono con la ilegitimidad como con la estrategia racional equivalente al infanticidio en el contexto europeo. Mientras, otras visiones intermedias han considerado el abandono como un infanticidio diferido. Nuestra tesis es que la mayoría de estas explicaciones, en lugar de ofrecer posturas antagónicas en la concepción del abandono infantil, capturan simplemente distintas instantáneas de un proceso secular con importantes particularidades geográficas, cuyo estudio a través de descripciones generales ofrece una visión deformada de la realidad del fenómeno.

Por tanto, tratar de recoger bajo una misma definición la función y las causas del abandono infantil es una tarea tan ardua como inútil, ya que es preciso especificar la geografía y cronología del abandono infantil al que se refiere la explicación. Es imposible comprender el abandono infantil a principios del siglo XX en el contexto español usando el concepto tal y como se originó en la Italia medieval. Por tanto, es importante comprender claramente la evolución del término y de sus implicaciones en el periodo precedente al de nuestro estudio.

Antes de trazar brevemente esta evolución es importante destacar la relación del abandono infantil con el infanticidio¹⁰⁵, dado que ha sido uno de los paralelismos más utilizados en su caracterización. Esta explicación de las Inclusas como instituciones ya fue puesta de relieve por Malthus que resumía su pensamiento en la célebre frase:

“it may perhaps be truly said, that, if a person wished to check population, and were not solicitous about the means, he could not propose a more effectual measure, than the establishment of a sufficient number of foundling hospitals, unlimited as to their reception of children”¹⁰⁶.

No obstante, el trabajo de Boswell en los años ochenta (*The Kindness of Strangers*¹⁰⁷) fue el punto de partida de toda la interpretación contemporánea, que hoy en día ha sido superada. Según este autor, se podían diferenciar dos periodos en el

¹⁰⁵ Se encuentran referencias al infanticidio en todas partes del mundo, tanto europeo como extra-europeo: para Japón CORNELL, L. L.: “Infanticide in Early Modern Japan? Demography, Culture and Population Growth” en *The Journal of Asian Studies* nº 55 (1), 1996; para la India colonial SEN, S.: “The savage family: colonialism and female infanticide in 19th century India” en *Journal of Women's History* nº 14 (3), 2002; en Europa INGALLS, W.: “Demography and Dowries: perspectives on Female infanticide in Classical Greece” en *Phoenix* nº 56 (3/4), 2002; JACKSON, M., (ed.): *Infanticide: historical perspectives on child murder and concealment, 1500-2000*, Ashgate, Aldershot, 2002 para Inglaterra o RICHTER, J. S.: “Infanticide, child abandonment and abortion in Imperial Germany” en *Journal of interdisciplinary History* nº 23 (4), 1998, para el caso alemán.

¹⁰⁶ Malthus, Thomas Robert. *An Essay on the Principle of Population*. 1826. n, 1826, Libro II, Capítulo III. Library of Economics and Liberty. Retrieved January 8, 2011 from the World Wide Web: <http://www.econlib.org/library/Malthus/malPlong8.html>.

¹⁰⁷ BOSWELL: *The Kindness of Strangers: the abandonment of children in Western Europe from late antiquity to Renaissance*.

abandono infantil. Un periodo inicial (en la Antigüedad clásica) en el que el abandono se realizaba en despoblado (campos, campos, calles, etc.) y un periodo posterior (a partir de la Edad Media) en el que ocurría en instituciones fundadas a tal efecto. En la formulación de Boswell, el primer tipo de abandono formaba parte de un sistema de redistribución de niños. Familias con exceso de descendencia abandonaban algunos de sus hijos en la espera de que fueran recogidos por “amables extraños” (*kind strangers*) que se ocuparan de ellos. Así, no se perdían esas vidas sino que eran recuperadas por su valor económico.

En el segundo periodo, a partir de la fundación de inclusas, sin embargo, Boswell documentaba el inicio de un verdadero infanticidio ya que allí se producía la destrucción masiva de vidas infantiles¹⁰⁸. Una de las razones de la inicial recepción favorable de las ideas de Boswell fue el hecho de que esta tesis era respaldada por la descripción de los contemporáneos, particularmente de los reformadores a partir del siglo XVIII. Escribían frases como “en esta institución se asesinan niños con dinero público”, “potros del infanticidio”, “sistema organizado de infanticidio”, “casas de expósitos para asegurar su destrucción”, muy similares a la cita de Malthus¹⁰⁹.

No obstante, una revisión cuidadosa de la terminología y del contexto rápidamente descarta esta interpretación. Por un lado, pese a la incapacidad de las inclusas de asegurar la vida de los asilados a su cargo, no puede acusarse a estas instituciones de objetivos infanticidas ya que trataban de llevar a cabo su cometido en la medida que la escasez de recursos se lo permitía. Por otro lado, la tesis de Boswell ha sido criticada duramente por la total ausencia de evidencia empírica sobre el primer periodo y la dulcificación de la imagen del pasado, que obvia los miles de niños abandonados en campos, caminos y prados que debían perecer antes de ser encontrados por esos *kind strangers*¹¹⁰. En el periodo de institucionalización, la mortalidad era elevada pero seguramente no llegó a ser tan alta como la que afectó a los niños abandonados en despoblado.

Al discutir el infanticidio, la investigación no sólo ha adjudicado esa intencionalidad a las instituciones sino también a los agentes del abandono, hablando de un infanticidio diferido para referirse a la muerte que casi inevitablemente le acontecía a un niño abandonado en una institución pública. Algunos autores han argumentado que si una madre abandonaba a su hijo en la institución, consciente de la mortalidad elevada que la caracterizaba, se trataba sin duda de un caso de infanticidio, pues sabía el destino que le esperaba¹¹¹. Esta explicación ha sido refutada por su simplificación de la experiencia histórica. Por un lado, la elevada mortalidad de las inclusas no siempre era

¹⁰⁸ Ibid.,

¹⁰⁹ MEGINO, A.: *La Demauxesia. Aumentación del pueblo por los medios de procurar que no mueran 50.000 personas que según un cálculo prudencial y bien formado se pierden anualmente en las Casas de expósitos, en los Ospicios y en las Cárceles de España*, Venecia, 1805; ÁLVAREZ SANTALÓ: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, BILVAO, A.: *Destrucción y conservación de los expósitos. Idea de la perfección de este ramo de policía, modo breve de poblar la España y testamento*, Antequera, 1789

¹¹⁰ TILLY, L. A.: “Child Abandonment in European History: a Symposium” en *Journal of Family History* nº 17 (1), 1992, págs.3-4. Los cuatro artículos contenidos en ese trabajo incorporan distintas críticas al trabajo de Boswell, detallando los problemas de su argumentación y la escasez de la evidencia histórica en la que se basa.

¹¹¹ En este sentido se puede ver el trabajo de TRINIDAD FERNÁNDEZ: “La infancia delincuente y abandonada”, págs.459-513.

conocida fuera de las paredes de la institución¹¹². Por otro lado, en el caso de que las madres supieran de esa elevada mortalidad¹¹³, es posible que recurrieran a estas instituciones en el convencimiento de que la limitada oportunidad que podía ofrecerles la institución era mayor que la que podía brindar la propia familia. Convencionalmente, la línea que separa el abandono del infanticidio ha sido la posibilidad de supervivencia de éstos. Así, tanto el abandono en lugares públicos como iglesias como en las instituciones dedicadas a la infancia abandonada aparecen lejos de la intención de infanticidio y se considera como un fenómeno distinto del infanticidio (y no una forma indirecta de realizar éste)¹¹⁴ y que probablemente sustituyó a éste en el comportamiento popular.

Precisamente, la aparición de las instituciones dedicadas al cuidado de los niños abandonados se produjo para prevenir el infanticidio, ofreciendo a madres y familias una opción para deshacerse de su “carga”. Inicialmente creadas por hermandades con objetivos motivos religiosos, la recepción y cuidado de niños abandonados pasó a depender de la beneficencia estatal y se consolidó como uno de los pilares de ésta.

Distintos autores han ofrecido periodizaciones o clasificaciones del fenómeno, en función de diferentes aspectos, entre los que podemos destacar aquellos que se refieren a las variaciones geográficas y espaciales. En primer lugar, la historiografía ha documentado la existencia de importantes diferencias en la atención a la infancia abandonada entre el sistema del Norte y del Sur de Europa. Una de las explicaciones más extendidas ha relacionado esta divergencia con la divisoria religiosa del continente.

A mediados del siglo XVIII, una de las diferencias principales entre estas dos áreas radicaba en la manera de identificar la responsabilidad sobre la infancia abandonada. Mientras que en la Europa protestante la responsabilidad nunca dejó de recaer sobre los familiares del niño, en la Europa católica el sistema abierto de abandono hacía recaer la custodia y responsabilidad sobre la sociedad (la Iglesia, específicamente) a través de las instituciones de caridad¹¹⁵.

En el área protestante, la investigación de la paternidad estaba permitida e incluso favorecida y los familiares más próximos eran responsables del niño, en ausencia de sus padres. Se rechazaba el principio de transferencia al Estado/Iglesia de las responsabilidades sobre la descendencia. En último extremo, era la comunidad la que se hacía cargo de los niños, financiada por impuestos locales que fundamentalmente operaban a través de subsidios destinados a ayudar a las madres pobres a encargarse

¹¹² LYNCH, K. A.: “Infant Mortality, Child Neglect, and Child Abandonment in European History: A Comparative Analysis” en BENGTTSSON, T. y SAITO, O. (Ed.), *Population and Economy. From Hunger to Modern Economic Growth*, Oxford University Press, Oxford, 2000.

¹¹³ DEROSAS, R. y TSUYA, N. O.: “Child control as Reproductive Strategies in Preindustrial Eurasia” en TSUYA, N. O., et al. (Ed.), *Prudence and Pressure. Reproduction and Human Agency in Europe and Asia, 1700-1900*, The MIT Press, 2010, pág.19.

¹¹⁴ COHEN ANSELEM, A.: “La mortalidad de los niños” en BORRÁS LLOP, J. M. (Ed.), *Historia de la infancia en la España contemporánea, 1834-1936*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Fundación Germán Sánchez Ruipérez, 1996, pág.109 y 142; PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, pág.51.

¹¹⁵ FUCHS, R. G.: “Legislation, Poverty and Child-Abandonment in Nineteenth-Century Paris” en *Journal of Interdisciplinary History* nº 18 (1), 1987, pág.56.

personalmente de sus hijos¹¹⁶.

En contraste, en la Europa católica había dos elementos ajenos a la mentalidad protestante: por un lado, la relevancia que la moral cristiana concedía a evitar las muertes de bebés sin bautizar, ya que esa circunstancia los destinaba para toda la eternidad al limbo y, por otro, la importancia de la honra, especialmente presente desde el Concilio de Trento, y de su salvaguarda¹¹⁷.

Pese a la extensión de esta hipótesis, algunos autores sugieren elementos de continuidad entre las dos áreas, que no eran sistemas completamente excluyentes, señalando la existencia de sistemas asistenciales mixtos¹¹⁸. Esta visión entronca con la otra explicación de la diferenciación geográfica de la gestión del abandono infantil. Esta tesis apunta a la tradición de recurso a la lactancia mercenaria como origen de las variaciones regionales. Pullan argumentaba que la diferencias de volumen y estructura encontradas entre el norte y el sur de Europa se debían al sustrato previo de actitud hacia la lactancia materna. Según este autor, de hecho, las grandes inclusas florecieron de forma más natural en aquellos lugares dónde la lactancia mercenaria estaba más extendida ya que ofrecían a las clases populares opciones análogas, aunque inferiores, a las que disfrutaban las clases altas¹¹⁹. Esta visión ha sido respaldada por otros autores, como Viazzo, que apuntaba que las diferencias habían surgido mucho antes de la Reforma, documentándose la existencia de Inclusas en la Europa del sur en el periodo anterior a la división religiosa¹²⁰.

Dado que España pertenece al grupo de países católicos, mediterráneos, dónde había una cierta prevalencia de la lactancia mercenaria nos ceñiremos a la evolución de este sub-grupo en las páginas siguientes. La evolución específica del abandono infantil en instituciones en este ámbito puede ser entendida de distintas maneras, dependiendo del punto de inflexión. La periodización clásica ha sido sugerida por Hunecke¹²¹ y Bardet¹²² pero también es importante mencionar la de Kertzer¹²³, por su extensión.

Para los dos primeros hubo dos modelos de inclusas, correspondientes a dos momentos temporales: el clásico y el ilustrado. A finales de la Edad Media surgieron las

¹¹⁶ En este contexto el fenómeno denominado *baby farming* fue bastante común: mujeres pobres se ofrecían a cuidar a los hijos de otras, generalmente en el campo, (unas horas al día o durante largos periodos) a cambio de una tarifa semanal mientras las madres trabajaban. Algunas de estas casas fueron denunciadas y procesadas por infanticidio, con el consiguiente escándalo público, dado que se habían convertido en verdaderos lugares de muerte para esos niños. No obstante, se han descrito otros casos genuinos, que funcionaban como *crèches* en Estados Unidos, como, por ejemplo: BRODER, S.: "Child Care or Child Neglect? Baby Farming in Late-Nineteenth-Century Philadelphia" en *Gender and Society* nº 2 (2), 1988, págs.128-148.

¹¹⁷ KERTZER: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*.

¹¹⁸ LEVENE: "The survival prospects of European foundlings in the eighteenth century: the London Foundling Hospital and the Spedale degli Innocenti of Florence", pág.64.

¹¹⁹ PULLAN: *Orphans and foundlings in Early Modern Europe*, págs.10-11.

¹²⁰ VIAZZO, P. P., BORTOLOTTI, M., y ZANOTTO, A.: "Child Care, infant mortality and the impact of legislation: the case of Florence's foundling hospital, 1840-1940" en *Continuity and Change* nº 9 (2), 1994, pág.265.

¹²¹ HUNECKE: *I trovatelli di Milano: Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*.

¹²² BARDET, J.-P.: "La société et l'abandon", *Enfance abandonnée et société en Europe*, École Française en Rome, Rome, 1991.

¹²³ KERTZER: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*.

primeras inclusas por iniciativa religiosa, primero en Italia y posteriormente se extendieron a otras regiones del área mediterránea, (entre ellas España), con el objetivo exclusivo de acoger a los niños abandonados diariamente (de origen ilegítimo, fundamentalmente) en todo tipo de lugares públicos: calles, iglesias, montes, prados, etc. Fue lo que Hunecke denominó el “modelo clásico de inclusas”¹²⁴.

Desde el final de la Edad Media hasta el siglo XVII el resto de países del noroeste europeo fue poco a poco creando instituciones que incluyeron entre sus funciones la atención a niños abandonados o ampliando las prestaciones de las preexistentes, aunque nunca con el sentido exclusivo de las fundaciones del área mediterránea. Durante estos siglos el volumen de la exposición se mantuvo más o menos constante (sólo alterado por incrementos coyunturales debidos a crisis) y hasta la mitad del siglo XVIII el volumen de abandonos no fue significativo.

No obstante, con el inicio de la preocupación por la infancia, los niños abandonados entraron en la agenda de las políticas poblacionistas, tanto en los países con tradición de inclusas como en los que no habían florecido hasta el momento. La preocupación por la pérdida de vidas infantiles que suponían futuros súbditos del Reino en un momento en el que se empezaba a considerar a la población como fuente de riqueza fue clave en este proceso. Nuevas fundaciones siguieron el modelo de las instituciones clásicas en lugares dónde nunca antes habían existido, dando lugar a las inclusas ilustradas: Viena, San Petersburgo, Moscú, París y otras localidades francesas y ciudades bajo el dominio de los Habsburgo¹²⁵. Otros lugares, como los estados alemanes y otras áreas protestantes, tras enconados debates sobre la bondad o perjuicio de esas instituciones¹²⁶, nunca institucionalizaron el abandono más que en algunos casos excepcionales como las ciudades de Hamburgo o Cassel, o durante un periodo muy corto, como en el caso de Londres¹²⁷.

Además del efecto en las nuevas fundaciones, en los lugares con tradición de abandono infantil este periodo se caracterizó por un reforzamiento de los dispositivos e incluso legislación de protección a la infancia abandonada, con el objetivo de garantizar definitivamente que existiese una alternativa al infanticidio: el abandono anónimo. El torno jugó un papel fundamental en este proceso. Originario de la Italia medieval, para 1800 el torno estaba completamente extendido por Europa (*ruota* en italiano, *roda* en portugués y *tour* en francés). Se trataba de un dispositivo cilíndrico adosado a la pared que giraba sobre un eje, con un lado abierto en el que se depositaba al niño desde la calle. Por medio de una campanilla se avisaba desde el exterior de que se había producido un abandono y, desde dentro, se giraba el mecanismo para recuperar al niño

¹²⁴ HUNECKE: “The abandonment of legitimate children in nineteenth-century Milan and the European context”, pág.119.

¹²⁵ Ibid., págs.119-121.

¹²⁶ Ver en este sentido ULBRITCH, O.: “The Debate about Foundling Hospitals in Enlightenment Germany: Infanticide, Illegitimacy, and Infant Mortality Rates” en *Central European History* nº 18 (3/4), 1985.

¹²⁷ El caso de Londres es significativo porque experimentó el sistema “mediterráneo” durante un corto periodo de tipo. El *London Foundling Hospital* implantó la admisión general durante el periodo 1756-1760 pero el increíble aumento de las exposiciones y la mortalidad infantil llevaron al rápido cambio de rumbo: se pusieron en práctica medidas muy estrictas para asegurar la entrada exclusiva de niños ilegítimos cuyas madres cumplieran una serie de requisitos fijados por la propia directiva del centro. La más reciente contribución al respecto se puede encontrar en LEVENE, A.: *Child-care, Health and Mortality at the London Foundling Hospital, 1741-1800: "Left to the Mercy of the World"*, Manchester University Press, Manchester, 2007.

desde el otro lado. En algunos lugares, como en Francia, después de varias décadas de uso, se implementó de forma oficial (el decreto imperial de Napoleón de 19 de enero de 1811 prescribía la implantación de al menos un torno en cada *arrondissement*¹²⁸).

A diferencia del énfasis de esta visión en la llegada de la Ilustración, Kertzer sitúa el punto de inflexión en la historia del abandono infantil recaía en la reforma tridentina y el refuerzo del concepto de legitimidad¹²⁹. Dado el énfasis en el matrimonio como condición indispensable para la concepción, la moral católica privó de identidad social a los hijos ilegítimos, considerando a las madres solteras como pecadoras¹³⁰. Este precepto se convertiría en la piedra angular de la sociedad del Antiguo Régimen, trasladándose a la legislación civil. En el siglo XIX en algunos países europeos, siguiendo el precedente establecido por el Código napoleónico de 1804, se prohibió el establecimiento e investigación de la paternidad (art. 341),¹³¹ de manera que la protección moral y material de la madre y el niño tenía que ser garantizada por una institución fomentada por el estado.

En el caso particular de la Italia Contrarreformista, Kertzer describe una situación extrema en la que comadronas y religiosos “persegúan” madres solteras para forzar el abandono de sus hijos ilegítimos recién nacidos.¹³² El objeto fundamental de las inclusas modernas se había desplazado, por tanto de la preocupación única por la vida del niño, a incluir también la salvaguarda de la honra de la madre. El derecho a la crianza del hijo ilegítimo en una institución pública y su traslación a la legislación fue definitivamente sancionado por la paulatina instalación de los tornos en Europa a principios del siglo XVIII, al convertirse en instrumento de garantía máxima del anonimato¹³³.

Como se puede observar, las distintas interpretaciones identifican distintos marcos temporales en el origen de las diferencias en las características del abandono infantil en el marco europeo pero ninguna de ellas aborda directamente en el discurso el cambio de uso que experimentó la institución, como reacción de las clases populares ante las medidas que se tomaban¹³⁴. Desde nuestro punto de vista, es vital entender la ampliación de funciones de las Incusas para entender el proceso.

Es indiscutible que la función original de las inclusas fue salvar la vida de los

¹²⁸ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, págs.62-64.

¹²⁹ KERTZER: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*.

¹³⁰ KERTZER, D. I.: “Gender Ideology and Infant Abandonment in Nineteenth-Century Italy” en *Journal of Interdisciplinary History* nº 22 (1), 1991, pág.11.

¹³¹ RAMAS VARO: *La protección legal de la infancia en España. Orígenes y aplicación en Madrid (1900-1914)*, pág.136.

¹³² KERTZER: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*.

¹³³ HUNECKE: “The abandonment of legitimate children in nineteenth-century Milan and the European context”, pág.123.

¹³⁴ Aunque sin abordar explícitamente el caso de los niños legítimos, Valverde sugiere una periodización en la línea de lo que sugerimos al hablar de las acciones de las mujeres solteras en relación a su descendencia ilegítima: infanticidio, abandono definitivo y abandono temporal. VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.56.

niños abandonados (previniendo el infanticidio) y, con ello, salvar a la madre de la deshonra, con distinto énfasis en uno y otro a lo largo de los siglos¹³⁵. La población asistida inicialmente se componía de aquellos niños ilegítimos que no podían ser criados por sus madres aunque posiblemente siempre existió un pequeño número de abandono de niños legítimos. Las inclusas casi exclusivamente relevaban a las madres de la carga de criar a su hijo ilegítimo. La introducción desde finales del siglo XVIII de medidas que facilitaban el abandono, garantizando el anonimato a través del torno así como otras medidas de similar intencionalidad cambiaron esa situación.

A partir de ese momento, el uso marginal de la institución de las parejas casadas pobres a través del abandono de alguno de sus hijos quedaba expedito y las clases populares no tardaron en hacer un uso creciente de él. El incremento de la población de niños legítimos paralelo (aunque no exclusivamente responsable) al incremento de la exposición desde finales del siglo XVIII respondió a la creciente utilización de las inclusas como instituciones asistenciales que ofrecían a los padres un recurso ante la crisis económica o un medio de acceso a la lactancia mercenaria que no se podían permitir¹³⁶. Así, se convirtió en parte de una estrategia de padres necesitados para lidiar con las distintas fases del ciclo familiar¹³⁷. Con la puesta en práctica de este recurso, apareció lo que podemos denominar como “un uso no tradicional de la institución” ya que el abandono de niños por parejas casadas no solía tener el cariz definitivo del abandono de mujeres solteras, sino que frecuentemente tenía un horizonte temporal. Esto dio lugar a la aparición de un fenómeno hasta entonces apenas conocido: la recuperación de los hijos tras una estancia en la institución, es decir, la aparición de los abandonos temporales. Así, las Inclusas se configuraron en instituciones utilizadas para relevar distintos tipos de cargas.

El incremento de la exposición desde principios del siglo XVIII no se debe exclusivamente a la contribución de este fenómeno, ya que otros factores estuvieron implicados, como el crecimiento demográfico sostenido durante el siglo XVIII que acentuó los problemas económicos, además de las dificultades económicas del periodo. No obstante, su importancia fue bastante grande¹³⁸. La proporción de expósitos de origen legítimo varió notablemente pero en algunos lugares alcanzó hasta la mitad de los ingresos anuales¹³⁹.

En esta ampliación de los usos de la institución¹⁴⁰ es dónde podemos resolver las contradicciones y aparentes exclusiones de la historiografía sobre las razones del abandono (el antagonismo ficticio de pobreza vs. deshonra). En algunos casos, la razón del abandono era el sentimiento de derecho de las clases populares que veían la inclusa

¹³⁵ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, págs.52-53.

¹³⁶ Ibid., págs.37-38 y 65.

¹³⁷ VIAZZO, BORTOLOTTI, y ZANOTTO: “Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality”, pág.88.

¹³⁸ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, pág.65.

¹³⁹ Ilustrado por la paradigmática situación referida por Hunecke para Milán en 1842, donde los niños legítimos alcanzaban un 62% de las entradas anuales. HUNECKE: *I trovatelli di Milano: Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*, pág.150.

¹⁴⁰ Aquí nos insertamos explícitamente en el marco de los “usos de la caridad” propuesto por Mandler. MANDLER, (ed.): *The Uses of Charity: The Poor on Relief in the Nineteenth-Century Metropolis*.

como una institución de asistencia social y dónde podemos incluso llegar a hablar de un rol activo en el control reproductivo.¹⁴¹ Pero eso no excluye que todavía existiera un recurso tradicional, de mujeres solteras, que necesitaban ser liberadas de la carga que suponía el embarazo ilegítimo o que eran presionadas para hacerlo.¹⁴² Así, presión social, persecución criminal, sentido de derecho, estrategia familiar o miseria pueden ser consideradas como causas del abandono. Y, con el paso del tiempo, los usos se mezclaron con las distintas filiaciones y la posibilidad del abandono temporal fue utilizada por las mujeres solteras que abandonaban a sus hijos.

Las consecuencias de este cambio se desarrollaron en las décadas siguientes: si el volumen de la exposición había alcanzado importantes niveles para principios del siglo XVIII, este nuevo desarrollo los llevó a cotas todavía más altas, en el “largo siglo de los expósitos”¹⁴³ (desde mediados del siglo XVIII a mediados del siglo XIX). En Milán en 1842, el 62% de los abandonados eran de origen legítimo, del cual entre el 30-40% de ellos eran recogidos por sus padres¹⁴⁴. Ransel estimaba en 30-50% el porcentaje de legítimos abandonados antes de 1891 en San Petersburgo y Moscú¹⁴⁵, para Madrid las cifras de Sherwood hacia 1790 eran del 50%. No obstante, pese a la generalización de este fenómeno las características específicas de las distintas instituciones también jugaron un papel importante. Para París, por ejemplo, Fuchs reportaba menos del 15% de abandonos legítimos, mientras Kertzer cifraba en un 11% el porcentaje para Bolonia¹⁴⁶. Entre otros aspectos, la intensidad de la tasa de ilegitimidad, de la migración campo-ciudad así como las normas específicas de las distintas instituciones jugaron un papel muy importante en determinar el nivel del abandono legítimo¹⁴⁷.

En la mayor parte de los países europeos el incremento de este segundo tipo de recurso a la institución no se mantuvo durante mucho tiempo ya que el elevado número de abandonos legítimos en las primeras décadas del siglo XIX fue considerado abusivo por autoridades y pensadores ilustrados. Continuas denuncias desde las propias inclusas culpaban al abandono anónimo, identificado con el torno, de fomentar la irresponsabilidad paterna, extender la mendicidad, alentar la demanda asistencial a la infancia desvalida y estimular el fraude¹⁴⁸.

De esta manera, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, este polémico “abuso” se tradujo en el cierre de los tornos en toda Europa: en Francia desapareció definitivamente en 1860; en las principales ciudades italianas se produjo en rápida sucesión en las décadas 60 y 70; en Portugal se abolió en 1867; y en San Petersburgo y Moscú, las reformas de los reglamentos en 1891 prohibieron el abandono de niños legítimos¹⁴⁹.

¹⁴¹ DEROSAS y TSUYA: “Child control as Reproductive Strategies in Preindustrial Eurasia”, págs.3 y 18.

¹⁴² KERTZER: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*.

¹⁴³ Ibid.pág.115.

¹⁴⁴ HUNECKE: *I trovatelli di Milano: Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*,

¹⁴⁵ FUCHS, R. G.: “Child Abandonment in European History: a Symposium” en *Journal of Family History* nº 17 (1), 1992, pág.8.

¹⁴⁶ KERTZER: “Gender Ideology and Infant Abandonment in Nineteenth-Century Italy”.

¹⁴⁷ FUCHS: “Child Abandonment in European History: a Symposium”, págs.9-11.

¹⁴⁸ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, pág.64.

¹⁴⁹ Ibid., pág.66.

Las instituciones mantuvieron su funcionamiento como lo habían hecho durante siglos pero los criterios de admisión se restringieron y los requisitos de información a la entrada se incrementaron para mantener alejados a los ilegítimos. Es probable que los resquicios del sistema permitieran la entrada todavía de algunos pero el grueso de los expósitos volvió a ser ilegítimo en esos lugares. España, sin embargo, experimentó una evolución divergente ya que, pese a que el fenómeno se dio con las mismas características que en el resto de Europa, ese clima de alarma social no llevó a tomar medidas radicales, postergándose su desarrollo hasta el primer tercio del siglo XX.

2.2. EL ABANDONO INFANTIL EN ESPAÑA

Durante muchos siglos las características del abandono infantil en España no fueron muy diferentes de las que hemos descrito para la Europa católica mediterránea. La legislación siguió las pautas de otros países europeos con el reconocimiento del problema expósito y las primeras medidas para mejorar su situación pero, a partir de mediados del siglo XIX el panorama nacional experimentó una evolución propia. Esta divergencia hispana fue provocada por la diferente política adoptada sobre el cierre de los tornos, acentuada por las transformaciones de la consideración de la infancia abandonada.

En general, la legislación y políticas específicas de atención a la infancia abandonada no fueron muy extensas y en pocas ocasiones (salvo en los primeros momentos) los expósitos fueron objetos específicos de la atención ilustrada y, posteriormente, reformista. No obstante, tanto el expósito, como su destino y tratamiento aparecieron tangencialmente entre los intereses de otros discursos, por lo que se vieron beneficiados por las novedades legislativas y los cambios de enfoque de otros ámbitos relacionados. Estos cambios no supusieron una completa transformación, ya que el abandono infantil siguió siendo un fenómeno rechazado por la sociedad, al que recurrían sólo los sectores más marginales, pero las claves de su comprensión y de su tratamiento, al menos desde el marco ideológico (que no necesariamente implicaba un cambio en la percepción social) cambiaron completamente. Este cambio, a su vez, afectó a las experiencias y perspectivas vitales de los expósitos a lo largo del periodo.

Para trazar la evolución del abandono infantil en España, su regulación legislativa y las transformaciones de la consideración del fenómeno en esta sección, en primer lugar hemos esbozado brevemente la situación en la que se encontraban los expósitos españoles a mediados del siglo XIX y, en segundo lugar, nos hemos concentrado en el estudio de las transformaciones desde finales del siglo XIX hasta la guerra civil. Para abordar este último periodo, nuestro foco de interés principal, hemos dividido la explicación en dos partes. Por un lado, hemos repasado algunas de las transformaciones ideológicas y asociadas a la industrialización que se habían producido desde finales del siglo XIX en toda Europa, clave en la transformación de la consideración social del abandono infantil y los expósitos: el cambio del papel de la Beneficencia y la legislación social en el Estado Liberal, el movimiento generalizado de preocupación por la infancia, y el discurso de género sobre la función de la mujer en la sociedad. Y, en segundo lugar, hemos repasado brevemente los hitos legislativos específicos para la infancia abandonada.

2.2.1. ABANDONO INFANTIL EN ESPAÑA HASTA EL SIGLO XIX

La evolución general del abandono infantil en España desde la Edad Media hasta el siglo XX ya ha sido estudiada por lo que aquí nos centraremos en señalar algunos de los hitos más importantes de su evolución para acercarnos adecuadamente a las transformaciones operadas a partir de la segunda mitad del siglo XIX¹⁵⁰,

Según Pérez Moreda, el abandono infantil en instituciones (y, sobre todo, a través del torno) a partir de la Edad Moderna es la culminación de las distintas soluciones que se habían dado al rechazo de la infancia. El infanticidio propio de la Antigüedad fue continuado por el abandono en despoblado en la Edad Media y el abandono en lugares comunes a partir de la Edad Moderna, enlazando con el torno y las inclusas. En el siglo XVIII, los niños “echados”, en la calle o en despoblado perdieron peso frente a los “expósitos” en lugares públicos o instituciones. Esto coincidió con el inicio de la preocupación por la infancia. Las ideas poblacionistas propiciaron la preocupación por la situación física y legal del expósito llevando a la primera intervención sobre la deficiente organización de las instituciones así como a la modificación del estatus jurídico de los expósitos¹⁵¹.

En la Pragmática de Felipe IV de 1623 se llevó a cabo la primera reglamentación del futuro de los expósitos a través de la designación de la carrera de Marina como la preferible para los expósitos por la falta de pilotos. Y, posteriormente, en 1677, se consolidó el proyecto a través de la creación de la primera Casa dedicada a acoger a los expósitos destinados a la Marina. Se trataba de la primera formulación utilitarista de la recogida de expósitos, con un fin distinto de su propia salvación¹⁵².

Pese a la mejora en la consideración de los expósitos que implicaba esta ley, hasta la legislación de Carlos IV, más de un siglo después, no se dio el primer paso real en la protección oficial. La ley de 1794 tuvo por objetivo considerar como legítimos a todos los efectos a los niños abandonados en la caridad pública, poniendo fin a la discriminación sufrida durante siglos que había impedido que accedieran a determinadas profesiones¹⁵³. Dos años más tarde, la Real Cédula de 1796 puso fin a la condena al abandono (presente en la legislación castellana procedente del Derecho Romano), prohibiendo detener o interrogar a cualquier persona que llevara un niño para abandonar en la casa de expósitos. Al mismo tiempo, reforzaba la condena de cualquier tipo de abandono que no se realizara en los lugares destinados para ello¹⁵⁴. Esta disposición cambió definitivamente la suerte de los expósitos ya que ese mismo espíritu fue mantenido en la subsiguiente codificación penal (Código Penal de 1822, de 1848 y 1932, y reformas de 1870 y de 1928)¹⁵⁵.

¹⁵⁰ Ya nos hemos referido en el capítulo 1 a la obra de referencia imprescindible de Pérez Moreda, que resume e interpreta las líneas generales del abandono infantil para España, situándola en el contexto internacional.

¹⁵¹ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, págs.51 y 58.

¹⁵² GARCÍA MOLINA, J.: “La protección de menores. Una aproximación a la fundamentación histórica del internamiento de menores (II)” en *Pedagogía social* nº 4, 1999, pág.89.

¹⁵³ Ley IV de 23 de enero de 1794 recogida en la Novísima Recopilación, Libro VII, Título XXXVII.

¹⁵⁴ Real Cédula de Carlos IV de 11 de diciembre de 1796.

¹⁵⁵ SERRANO RUIZ-CALDERÓN, M.: “El abandono de menores: su regulación en el ámbito penal” en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* nº 45, 2003.

Los tornos, ya existentes en algunos lugares, adquirieron a partir de este momento una importancia capital y proliferaron en los lugares donde no existían, convirtiéndose en los garantes del abandono anónimo. Las causas del abandono en España eran las mismas que en el resto de Europa: predominio del miedo a la deshonra con anterioridad al siglo XVII pero crecimiento de la miseria a partir de ese momento y, mucho más durante el siglo siguiente.

Durante el siglo XVIII, igual que ocurrió en el resto de Europa, se experimentó un importante crecimiento de la exposición, relacionada tanto con el aprovechamiento del nuevo recurso por parejas casadas como por el incremento del abandono de niños ilegítimos. No obstante, la evolución del fenómeno fue ciertamente desigual, debido a las diferencias de los reglamentos de admisión entre las distintas instituciones.

Hacia mitad del siglo XIX algunos políticos y encargados de la beneficencia se hicieron eco de las denuncias de abuso del torno manifestadas en el exterior pero se trató de voces minoritarias. Pese al incremento de exposiciones legítimas y algunas voces a favor del cierre de los tornos, las circunstancias sociales (la crisis económica, los desastres tras la ocupación napoleónica y la guerra) fueron consideradas las verdaderas causantes del incremento de la exposición. La necesidad del torno para evitar el infanticidio se impuso en el pensamiento benéfico español¹⁵⁶.

La incorporación de hijos de familias pobres, de forma subrepticia a través de los tornos o de forma explícita a través de depósitos temporales, tenía cierta tradición en las instituciones y continuó tras este momento de crisis.

2.2.2. EL CONTEXTO DEL ABANDONO INFANTIL DESDE MITAD DEL SIGLO XIX

Pese al continuismo con el tipo de abandono que se había estado realizando hasta ese momento en las inclusas españolas, los cambios experimentados por la sociedad española desde mediados del siglo XIX hasta la guerra civil afectaron profundamente la consideración, la práctica y la respuesta tanto social como institucional al abandono infantil.

Por un lado, se produjo un giro en la política estatal sobre beneficencia. Desde 1849 se inauguró el periodo denominado de la Acción Social en el que el Estado Liberal instituyó definitivamente una estructura de beneficencia. Esta intervención respetó las mismas coordenadas de intervención del Antiguo Régimen, favoreciendo a los expósitos como sujetos prioritarios. La acción social dio paso a un incipiente intervencionismo estatal en legislación social que sólo de forma indirecta afectó a los expósitos.

Por otro lado, a lo largo de este periodo, culminó el interés y preocupación por la infancia que, inspirados por argumentos poblacionistas, implicaron la intervención definitiva en la mejora de la vida de la infancia, a través de legislación y de una medicina específica para los niños. Al hablar de la infancia, las situaciones extremas de

¹⁵⁶ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, págs.64-65.

abandono físico, moral y explotación fueron sistemáticamente abordadas, de modo que los expósitos, su naturaleza, su consideración, su tratamiento, estuvieron presentes en el discurso.

Finalmente, la construcción del discurso de género en la ideología burguesa experimentó dos fases durante nuestro periodo de estudio. La consideración de la madre y de la maternidad, acontecimiento central de éste, y su relación con el hijo fueron elementos clave en la consideración del abandono. Los cambios en la fundamentación de ese rol, posibilitados por la contribución del discurso médico, favorecieron una transformación en la visión sobre la exposición, la madre soltera y el abandono.

En estos tres ámbitos el discurso médico (fuera higienista, regeneracionista o de la medicina social) jugó un papel muy importante. Insertado dentro de la ideología burguesa, el discurso médico contribuyó a definir o explicar la sociedad en estos tres aspectos: su intervención como suavizador de la cuestión social, la medicalización de la infancia y la sublimación de la maternidad como identidad de la mujer. Esta reflexión es pertinente y nos detendremos con cierta extensión en estas implicaciones en los siguientes epígrafes ya que los médicos fueron los principales agentes en la construcción social de la visión y la atención a la infancia abandonada. Tanto su visión de las causas del abandono, como de la salud de los abandonados y de su tratamiento estaban profundamente relacionados con su posición ideológica, como describiremos más adelante, por lo que para nuestros objetivos es fundamental establecer los lazos ideológicos con distintas preocupaciones de la mentalidad burguesa de la pretendida neutralidad “científica” médica.

Tener en cuenta estas tres aproximaciones (beneficencia, infancia y mujer) es vital para una comprensión correcta del abandono infantil e incluso podría considerarse que merecería un estudio monográfico desde cada uno de estos puntos de vista. Este objetivo excedería los límites físicos e historiográficos de este estudio por lo que nos limitaremos a resumir los elementos clave de cada una de estas contribuciones para poder ofrecer un contexto de comprensión en el que insertar la legislación específica benéfica estrictamente relacionada con el mundo expósito. Y, así desde una adecuada comprensión, a través de las distintas capas que conformaban la realidad social del abandono infantil abordar en los capítulos siguientes nuestro diálogo entre la demografía y la historia.

2.2.2.1. Ideología burguesa, beneficencia y la Cuestión Social

El periodo entre mediados del siglo XIX y el comienzo de la guerra civil supone casi 100 años en uno de los momentos de transformación más importantes de la historia, la demografía, la economía y la política tanto de España como del resto de Europa. Entre otros cambios, abordamos aquí el tránsito desde la Caridad privada a la Beneficencia Estatal y la posterior extensión hacia los inicios del Estado social y la legislación laboral¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Entre las revisiones historiográficas más actuales sobre el primer cambio podemos mencionar CARASA SOTO, P.: “La pobreza y la asistencia en la historiografía española contemporánea” en *Hispania* nº 50, 1990; ESTEBAN DE VEGA: “Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española”. Sobre el segundo momento, son imposibles de olvidar dos trabajos colectivos: ALVAREZ JUNCO, J., (ed.): *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Centro de

Desde mediados del siglo XIX, dentro de la construcción del nuevo Estado Liberal, se implementó un nuevo sistema de Beneficencia que desarticuló el viejo sistema asistencial del Antiguo Régimen, inaugurando una época conocida como la de la Acción Social, un momento bisagra entre el Antiguo Régimen y el inicio del Estado Social. La implantación de la nueva legislación tuvo lugar en un momento de transformación del mundo de la pobreza, producida por las consecuencias económicas y sociales de la primera industrialización. Pese a la simultaneidad con estos cambios, no obstante, la nueva codificación no respondió a ella.

La transformación del mundo de la pobreza se había desarrollado en dos niveles. Por un lado, se había incrementado la pauperización de la sociedad por el crecimiento cuantitativo de la pobreza estructural (consistente en mendigos, enfermos y familias en extrema necesidad). Por otro, las clases sociales pauperizadas se habían extendido hasta alcanzar a los sectores trabajadores, a causa de la degradación del artesanado, el incremento de la vulnerabilidad de los trabajadores y el incremento del número de asalariados¹⁵⁸. Así, la pobreza pasó a estar ligada al mundo del trabajo, caracterizado por la miseria, la precariedad y la incertidumbre sobre el futuro.

El tipo de beneficencia que ofreció el nuevo sistema, sin embargo, obvió estas transformaciones y apenas supuso cambios por varias razones. Por un lado, los destinatarios de la atención siguieron siendo los mismos, aunque no en la medida en la que crecían, lo que favoreció precisamente a colectivos como los expósitos, que se mantuvieron en el centro de las políticas asistenciales. Por otro lado, el tipo de asistencia seguía en las mismas coordenadas, con una preferencia por las instalaciones de internamiento. Y, finalmente, en la práctica, ni la voluntad política ni los recursos disponibles para hacer frente a cambios de mayores magnitudes fueron suficientes por lo que se produjo una total disintonía entre los crecientes problemas y la incapacidad estatal de hacerles frente. Así, la iniciativa privada siguió siendo central en la asistencia social, sobre todo en el campo de la previsión, donde el Estado careció de presencia¹⁵⁹.

Para el caso concreto de los expósitos, como colectivo tradicional, el nuevo sistema asistencial sí que aportó una codificación específica que buscó la ampliación de la cobertura de instituciones a todo el territorio nacional así como la complementación de funciones a través de la instalación de maternidades, como veremos en el epígrafe siguiente. No obstante, el tipo de tratamiento y el volumen de financiación se englobaron en las coordenadas tradicionales.

El pensamiento burgués sobre el papel del Estado en el ámbito social rechazó frontalmente cualquier tipo de intervención, con duras críticas hacia esta estatalización, que se “apropiaba” de los objetivos y deberes de la caridad cristiana ejercida por los particulares. No obstante, esta visión fue variando con el tiempo dada la creciente visualización de la cuestión social. Ésta se produjo precisamente por la coincidencia de la falta de eficacia del modelo liberal con la progresiva pauperización y sus condiciones de vida y el crecimiento del asociacionismo, que fue vista como un peligro social,

Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990; y PALACIO MORENA, J. I., (ed.): *La Reforma Social en España. En el centenario de las Reformas Sociales*, CES, Madrid, 2004.

¹⁵⁸ ESTEBAN DE VEGA: “Pobreza y asistencia social en la España de la Restauración”, pág.26.

¹⁵⁹ Ibid., pág.28. ESTEBAN DE VEGA, M.: “La asistencia liberal española: beneficencia pública y previsión particular” en *Historia Social* nº 13, 1992, págs.123-125.

político y económico por las clases burguesas. Dada la potencial peligrosidad de estos grupos, era preciso intervenir a través de la acción caritativa privada.

En la comprensión burguesa de los problemas sociales, el discurso médico permitió ofrecer una comprensión “científica” de la realidad. Las diferencias de clase y de salud entre pobres y ricos se explicaban a través de razones morales y medioambientales. Estas cuestiones ya habían sido señaladas por los médicos higienistas desde el siglo XVIII, que achacaban éstas a la incapacidad de los obreros para integrarse en la nueva sociedad, aceptando su lugar en el orden social, lo que los llevaba a todo tipo de vicios, conductas inmorales, así como a la enfermedad y muerte¹⁶⁰.

El pensamiento higienista, no obstante, patologizaba la sociedad desde dos perspectivas. Por un lado, como ya hemos mencionado, entendía que las enfermedades estaban determinadas por las deficientes condiciones morales y de vida del obrero. Por otro lado, consideraba como una enfermedad o patología social las alteraciones del orden económico, político o moral de la sociedad (criminalidad, mendicidad, prostitución, huelgas, revoluciones, etc.) lo que permitía la intervención en ellas a través de las terapias adecuadas¹⁶¹.

Así, el higienismo sirvió de instrumento a las clases altas para actuar en la cuestión social, suavizando la conflictividad social derivada de la industrialización, que ponía en entredicho el orden social. Las actividades propuestas con este objetivo seguían plenamente, no obstante, de una mentalidad conservadora tradicional. Consistían, por un lado, en la recogida en instituciones para alejar el peligro de la calle (recogida de mendigos, vagabundos, golfos, etc.) y, por otro, en medidas moralizadoras (difusión del ahorro, mejorar la educación y favorecer la higiene pública). El aspecto moral nunca desapareció de la ideología higienista pero desde finales del siglo, la concentración del discurso y la actuación giró hacia la atención de las enfermedades infecciosas, entroncando con la medicina social y con el regeneracionismo¹⁶².

La burguesía se oponía radicalmente a cualquier otro tipo de intervención por parte del Estado argumentando que se trataba de un doble atentado, contra la libertad y contra la propiedad¹⁶³. Pero la necesidad de intervenir más allá de la mera acción caritativa individual y entrar de lleno en el campo de la previsión fue puesta de manifiesto por el crecimiento de la conflictividad social y el movimiento obrero durante la Restauración y, particularmente, a raíz de algunos hechos significativos como la Comuna de París en 1871.

Así, ante el incremento de los temores de las clases poseedoras en las últimas décadas de siglo, se creó en 1883 de la Comisión de Reformas Sociales para investigar

¹⁶⁰ ALCAIDE GONZÁLEZ, R.: “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social” en *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* nº 50 (15 de octubre), 1999; y CAMPOS MARTÍN, R.: “La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX” en *Hispania* nº LV (3), 1995, pág.1099.

¹⁶¹ CAMPOS MARTÍN, R.: “La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX”, pág.1105.

¹⁶² *Ibid.*, pág.1108.

¹⁶³ LÓPEZ KELLER, E.: “Hacia la quiebra de la mentalidad liberal: las resistencias al cambio” en ALVAREZ JUNCO, J. (Ed.), *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, pág.152.

las condiciones de la vida de los trabajadores. Se inició entonces tímidamente el origen de la intervención estatal, cuyo apoyo se vio reforzado durante la década siguiente. Entre ellos, la Encíclica *Rerum Novarum* (1891)¹⁶⁴ fue particularmente importante para los países católicos por su apoyo explícito a la intervención del Estado en la regulación social a través de la legislación laboral¹⁶⁵.

A partir de 1891 se puede hablar de un proceso de maduración y progresiva mentalización de la necesidad de las reformas sociales por parte de las clases burguesas en las que se llevaron a cabo distintas propuestas que sólo empezaron a desarrollarse de forma efectiva a partir de 1917. Dado que los grupos más afectados por las consecuencias negativas por la ley de la oferta y la demanda fueron mujeres y niños, la primera legislación social estuvo dedicada a ellos¹⁶⁶.

Los niños abandonados, cubiertos desde el principio por la legislación benéfica y, completamente dentro de los parámetros tradicionales de la beneficencia, apenas variaron en su tratamiento y, por tanto, no estuvieron afectados directamente por esta legislación ni este reformismo de una manera directa. Indirectamente, como veremos en los dos próximos epígrafes los niños abandonados estaban en la agenda reformista y su situación mejoró al tiempo dada su pertenencia al colectivo infantil y la relación de la legislación sobre trabajo femenino y seguros sociales.

2.2.2.2. Preocupación por el problema de la infancia

En el marco de los movimientos de la medicina social y del reformismo burgués, junto con las preocupaciones por el orden social y la pauperización, se desarrolló una creciente preocupación por la situación de la infancia (entre la que encontramos la infancia abandonada). Muchas disciplinas y aproximaciones metodológicas (historia de los sentimientos, historia institucional, aproximaciones biológicas, psico-sociales, demográficas, etc.¹⁶⁷) han abordado las transformaciones en el mundo de la infancia en la Edad Contemporánea pese a la diferencia de conclusiones, cronologías e implicaciones que extraen de ellas. No obstante, el denominador común es la constatación del cambio en la visión y la experiencia de la infancia¹⁶⁸.

¹⁶⁴ La Encíclica *Rerum Novarum* fue la primera encíclica social de la Iglesia Católica, promulgada por el papa León XIII el viernes 15 de mayo de 1891.

¹⁶⁵ LÓPEZ KELLER: "Hacia la quiebra de la mentalidad liberal: las resistencias al cambio", págs.153-155.

¹⁶⁶ CAPEL MARTÍNEZ, R. M.: *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*, Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer, Madrid, 1986, pág.81; MONTERO, F.: "De la Beneficencia a la reforma social. Los orígenes de la política social del Estado: estado de la cuestión, fuentes y archivos" en *Espacio, Tiempo y Forma. Serie V. Hª Contemporánea* nº 7, 1994, pág.421.

¹⁶⁷ Hemos de mencionar el trabajo clave de Ariès como el instigador de toda una corriente historiográfica: ARIÈS, P.: *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*, Vintage Books, New York, 1965. La cantidad de aproximaciones y distintas interpretaciones de la evidencia y la teoría son tan amplias que no podemos tratar de abarcarlas aquí: Para algunas de las revisiones historiográficas sobre el estado de los estudios de la infancia, se puede ver: CUNNINGHAM, H.: *Children and Childhood in Western Society since 1500*, Longman, London and New York, 1995; FASS, P. S.: "The World is at Our Door: Why Historians of Children and Childhood Should Open Up" en *Journal of the History of Childhood and Youth* nº 1 (1), 2008; y STEARNS, P. N.: "Challenges in the history of childhood" en *Journal of the History of Childhood and Youth* nº 1 (1), 2008.

¹⁶⁸ RODRÍGUEZ OCAÑA, E.: "La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea" en *Dynamis* nº 23, 2003, pág.27.

Así, por un lado está claro que se produjo un cambio en la visión de la infancia, caracterizada por el valor e interés por el niño en el discurso. Los niños adquirieron una personalidad propia e interés prioritario desde el punto de vista médico, higiénico, pedagógico y moral¹⁶⁹. La infancia se veía como una época fundacional en la construcción del individuo, un periodo frágil y que requería un mundo propio, diferenciado del de los adultos, concentrado en la familia y la escuela¹⁷⁰. Moralistas y médicos se comprometieron a intervenir en la vida infantil para abordar estas necesidades¹⁷¹.

En concreto, existían distintas situaciones entre la infancia española cuya situación requería la intervención y mejora¹⁷². El abandono moral de los niños en las ciudades daba lugar a la aparición del fenómeno de los golfos, grupos de niños y adolescentes sin un lugar de residencia fijo que vivían aprovechando los recursos de la ciudad, robando, mendigando, etc. y que eran vistos como un peligro social. La explotación infantil en todas sus posibles vertientes (laboral, sexual e incluso la mendicidad, forzada por los padres) era frecuentemente denunciada. Y, enlazando directamente con las preocupaciones de nuestro trabajo, los niños expósitos y el fenómeno del abandono infantil.

Sin embargo, el problema más grave relacionado con la infancia y que capitalizó gran parte de la atención, fue la mortalidad infantil. En un marco ideológico en el que la población era riqueza, la pérdida de todas esas vidas infantiles suponía un coste anual incalculable para la economía nacional. Se requerían muchos ciudadanos -y en buena salud- para el progreso del país y se pensaba que la elevada mortalidad infantil nacional, comparada con otros países europeos, lastraba el crecimiento¹⁷³. Este interés poblacionista se contextualiza en un momento en el que la fecundidad estaba empezando a descender y el pronatalismo era la ideología dominante. Aunque en España este descenso no se constatará hasta principios del siglo XX, el marco de referencia de la experiencia europea sustentaba este decidido pronatalismo.

Las primeras medidas de protección a la infancia fundamentalmente estuvieron

¹⁶⁹ ALVAREZ PELÁEZ, R.: “La búsqueda de un modelo institucional de protección a la infancia: institutos, guarderías y hogares infantiles. España, 1900-1940” en PERDIGUERO GIL, E. (Ed.), *Salvado al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Valencia, 2004, pág.156.

¹⁷⁰ SANTOS SACRISTÁN, M.: “Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918)”, comunicación presentada en el *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica* Murcia, 2008, págs.2-3.

¹⁷¹ Entre los trabajos de síntesis sobre los esfuerzos de protección a la infancia en este periodo, debemos citar RAMAS VARO: *La protección legal de la infancia en España. Orígenes y aplicación en Madrid (1900-1914)*, y PALACIO LIS, I. y RUIZ, C.: *Redimir la inocencia: historia, marginación infantil y educación protectora*, Universitat de Valencia. Servei de publications, Valencia, 2002

¹⁷² Sobre la situación de la infancia en España, la obra de referencia es el trabajo colectivo coordinado por el profesor Borrás: BORRÁS LLOP, J. M., (ed.): *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996. Existen otros trabajos parciales, de distintas orientaciones y limitaciones cronológicas, que aborda parcialmente nuestro contexto y cronología de estudio como IGLESIAS GALA, J. M.: *La infancia en Madrid durante la Segunda República*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 1992.

¹⁷³ RODRÍGUEZ OCAÑA, E.: “La Higiene Infantil” en ATENZA FERNÁNDEZ, J. y MARTÍNEZ PEREZ, J. (Ed.), *El centro secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo*, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2001, págs.218-219.

destinadas a regular la infancia trabajadora¹⁷⁴ y abandonada, como dos caras de la misma moneda. Por un lado, el trabajo infantil se consideraba como un esfuerzo anti-natural y los niños debían ser separados de él, rompiendo con el medio secular de su socialización¹⁷⁵. Por otro lado, se utilizaba el concepto legal de abandono que implicaba la renuncia/imposibilidad de ejercer la tutela física y moral de los niños que devenía tanto en su abandono físico como moral, que los destinaba a la delincuencia y mendicidad juvenil¹⁷⁶.

Después de la primera ley reguladora del trabajo infantil de 1873 que nunca llegó a cumplirse, la ley Benot de 1876 fue la primera dedicada exclusivamente a la infancia, abordando el trabajo infantil y la instrucción y fue complementada por la Ley Dato de 1900¹⁷⁷. Sobre la mendicidad y el abandono moral se legisló un poco más adelante, como un objetivo complementario de la legislación protectora.

La participación médica en la preocupación por la infancia se desarrolló en varios ámbitos: por un lado, contribuyeron al discurso sobre la definición de la infancia, su tratamiento y las causas de la mortalidad; por otro, tuvieron un impacto en la sociedad a través de su intervención en las iniciativas legislativas; y, finalmente, llevaron a cabo una serie de actuaciones directas¹⁷⁸.

Inicialmente la medicina enunció su interés en un amplio abanico de aspectos relacionados con la salud y bienestar infantil pero paulatinamente fue estrechando su atención hacia problemas muy concretos. Así, los discursos inaugurales de Méndez Álvaro y Cortezo en la Sociedad Española de Higiene en 1882 listaban entre los asuntos principales que debía abordar la institución la higiene escolar, las enfermedades infecciosas de la infancia, la alimentación infantil, las inclusiones y la regulación del trabajo infantil y materno. Pero, para principios del siglo XX, la preocupación se había restringido casi exclusivamente a la mortalidad infantil, dejando en un segundo lugar otros aspectos¹⁷⁹. Como una manifestación especial de la mortalidad infantil, la

¹⁷⁴ Algunos de los trabajos más importantes sobre el trabajo infantil han sido desarrollados por el profesor Borrás: BORRÁS LLOP, J. M.: “Zagales, pinches, gamenes...: aproximaciones al trabajo infantil” en BORRÁS LLOP, J. M. (Ed.), *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996, BORRÁS LLOP, J. M.: “El trabajo infantil en la industria de Barcelona según el censo obrero de 1905” en *Historia social* nº 33, 1999.

¹⁷⁵ SANTOS SACRISTÁN: “Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918)”, pág.6. LÓPEZ NUÑEZ, Á.: *La protección a la Infancia en España*, Imprenta de Eduardo Arias, Madrid, 1908, pág.137.

¹⁷⁶ De hecho, en este sentido se hacía una distinción entre los niños desamparados, como aquellos que carecían de padres o adultos legalmente encargados de su crianza, y los abandonados que, estando bajo la responsabilidad de sus padres o tutores, no estaban convenientemente atendidos, vivían como vagabundos o estaban dedicados a la mendicidad. RAMAS VARO: *La protección legal de la infancia en España. Orígenes y aplicación en Madrid (1900-1914)*, págs.154-156.

¹⁷⁷ Ley de 24 de julio de 1873; ley de 28 de julio de 1878 y ley de 14 de marzo de 1900. SANTOS SACRISTÁN: “Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918)”, págs.6-7

¹⁷⁸ Entre los trabajos desde la historia medicina sobre la protección a la infancia, debemos citar, entre otros, el volumen monográfico de la revista *Dynamis* de 2003, la obra colectiva PERDIGUERO GIL, E.: *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Guada Litografía, S.L., Valencia, 2004 y, en general, los trabajos del grupo de Historia de la medicina de la Universidad de Alicante.

¹⁷⁹ PERDIGUERO GIL, E. y ROBLES GONZÁLEZ, E.: “La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene” en PERDIGUERO GIL, E. (Ed.), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Guada Litografía, S.L., Valencia, 2004,

mortalidad expósita entró de lleno en el discurso y generó discusiones tanto en la prensa general como en publicaciones médicas.

Dos razones se pueden aducir como responsables de la pre-eminencia de la mortalidad infantil en el discurso médico. Por un lado, el desarrollo de las estadísticas permitió la cuantificación del fenómeno, generando preocupación social por la pobre situación en la que estaba España comparada con otros países europeos. Por otro lado, el progreso médico permitió el reconocimiento de las enfermedades fuera del ámbito de diálogo con el facultativo, que se convirtió en la clave del desarrollo de la medicina infantil, permitiendo la transformación de los cuerpos infantiles en problemas científicos¹⁸⁰.

En la búsqueda de causas de la elevada mortalidad infantil, desde finales del siglo XIX, ésta se había relacionado con la miseria, describiendo la insalubridad de las viviendas, los malos hábitos alimenticios y la falta de cuidados por el trabajo materno como factores importantes. Causas sobre las que la teoría bacteriológica se insertó fácilmente. Entre todas ellas, el discurso médico se concentró en la alimentación siguiendo la literatura internacional durante las primeras décadas del siglo XX. Las primeras estadísticas aparentemente contradecían en España esta explicación, implicando que las causas de muerte más importantes eran las infecciosas. No obstante, a pesar de este hecho, la comunidad médica interpretó que la alimentación tenía un papel subyacente en esa mortalidad infecciosa. El dr. Ulecía, por ejemplo, opinaba que la alimentación era el problema inicial, no diagnosticado, sobre el que luego actuaba la infección¹⁸¹.

Otros argumentos adicionales ayudaban a justificar esta preeminencia: el hecho de que precisamente la fisiopatología digestiva (centrada en los trastornos gástricos de los lactantes) fuera la especialidad propia de la pediatría que la alejaba de la medicina (en el contexto de la profesionalización de las especialidades médicas); la posición social de la mujer en el modelo burgués en el que la crianza de los niños era el deber sagrado de las mujeres que descansaba parcialmente en el discurso médico; y la preocupación por la regulación de la lactancia mercenaria, necesaria por la inserción de las mujeres de las clases populares en el trabajo extra-doméstico¹⁸².

Así, aunque miseria e ignorancia jugaban un papel clave en explicar la mortalidad infantil, el énfasis se ponía en combatir la ignorancia ya que la pobreza era inevitable. La ignorancia provocaba errores en la alimentación y, por ende, la mortalidad infantil, responsabilizando al ámbito familiar de ellas y, por tanto, culpabilizando a las madres. A este respecto el dr. Tolosa Latour, en un discurso tras aprobación de Ley de Protección a la Infancia en 1904, decía que “la mayoría de las imperfecciones futuras, sino todas, proceden bien de dolencias o enfermedades de la

págs.104 y 110; CORTEZO, C. M. y MÉNDEZ ÁLVARO, F.: *Discursos pronunciados en la solemne inauguración de la Sociedad Española de Higiene*, Enrique Teodoro, Madrid, 1882.

¹⁸⁰ RODRÍGUEZ OCAÑA, E.: “Una medicina para los niños” en BORRÁS LLOP, J. M. (Ed.), *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996, pág.157.

¹⁸¹ RODRÍGUEZ OCAÑA: “La Higiene Infantil”, pág.211; ULECIA Y CARDONA, R.: *Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid, sus principales causas y medios de combatirla, presentado a la Junta Municipal de Sanidad de Madrid*, Imprenta Municipal, Madrid, 1903.

¹⁸² RODRÍGUEZ OCAÑA: “La Higiene Infantil”, pág.222.

madre durante la gestación, bien de descuidos evitables en los primeros meses de vida infantil”.¹⁸³

Por ello, los médicos se erigían en los únicos capaces de guiar a las mujeres en la crianza de los hijos, tecnificando la relación materno-filial¹⁸⁴. Este fenómeno, conocido como la medicalización de la infancia, contribuyó al proceso de sublimación de la maternidad, que había estado presente en el pensamiento burgués durante todo el siglo XIX a la vez que desvalorizaba socialmente la figura de la madre, que se presentaba como incapaz de cumplir por sí misma con los requisitos de la maternidad biológica¹⁸⁵.

Si el discurso médico contribuyó activamente a dar forma a la función e imagen de la mujer, la visión social de los expósitos no se mantuvo inalterada. A principios del siglo XIX eran considerados “hijos del vicio” ya que se entendía que eran hijos de alcohólicos, tuberculosos y de individuos inmorales, lo que determinaba su elevada mortalidad. No obstante, pasaron a ser considerados “víctimas inocentes de pecados que no cometieron” desde las primeras décadas del XX. El énfasis en la maternidad como función e identidad de las madres ayudó a rehabilitar la imagen de las mujeres solteras y los estudios estadísticos permitieron desmitificar la “naturaleza inmoral” de estos niños (constatando que la procedencia de estos niños no tenía tanto que ver con “el vicio” como con la miseria).

Otra consecuencia del discurso glorificador de la maternidad y la madre, fue la discusión sobre la lactancia mercenaria, en gran medida relacionada con el tratamiento de la infancia abandonada. Aunque desde mediados del siglo XIX se había aceptado la utilización de la suplementación alimentaria, hacia finales de siglo la lactancia materna se convirtió en la opción una y otra vez defendida por los médicos frente a la costumbre de la lactancia por nodrizas¹⁸⁶. De hecho, la denuncia de las irregularidades del mercado de las nodrizas, de la necesidad de regular su oficio y de la aplicación de la ley, tras su aprobación, fueron constante durante todo el siglo XX.

La primera legislación que propiamente se puede decir que inició la etapa de protección a la infancia fue encabezada por médicos. La Ley de Protección a la Infancia de 1904 que tuvo por objetivo regular la lactancia mercenaria se produjo a consecuencia de una denuncia de mortalidad de la Inclusa. Aunque ya había mencionado la necesidad de la aprobación de legislación específicamente destinada a proteger a la infancia (Congreso de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en 1898), no fue hasta que la prensa madrileña sacó a la luz la elevada mortalidad de la Inclusa como consecuencia de la falta de nodrizas que se puso en marcha el proceso definitivo¹⁸⁷.

En ese momento concurrieron dos voluntades: la política y la médica. Por un lado, en la cámara alta el senador Jimeno presentó las elevadas cifras de mortalidad en la Inclusa de Madrid dentro de una intervención que amplió el tema hacia la mortalidad

¹⁸³ PERDIGUERO GIL y ROBLES GONZÁLEZ: “La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene”, pág.100.

¹⁸⁴ Ibid., págs.110-11.

¹⁸⁵ NASH, M.: “Maternidad, Maternología y reforma eugénica en España, 1900-1930” en DUBY, G. y PERROT, M. (Ed.), *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2001.

¹⁸⁶ RODRÍGUEZ OCAÑA: “Una medicina para los niños”, pág.151.

¹⁸⁷ En el capítulo 4 se ha presentado una descripción más completa de la implicación de las denuncias de mortalidad de la Inclusa en este proceso y la participación de los médicos en la discusión de la mortalidad expósita.

infantil general y la necesidad de legislar sobre la protección infantil de manera análoga a la Ley Roussel que desde 1876 operaba en Francia (es decir, preocupada fundamentalmente por la lactancia mercenaria). Y, ofreció la voluntad política de llevar a cabo tal legislación. Por otro lado, en la Sociedad de Higiene, el dr. Rodríguez Pinilla intervino en el mismo sentido, propiciando la presentación de un proyecto de Ley de protección a la infancia por el dr. Tolosa Latour, renombrado pediatra. Se trataba de un texto que recogía la ideología social y sanitaria de la Sociedad de Higiene, que había hecho de la situación de la infancia desde sus orígenes una de sus principales preocupaciones. Fue necesario esperar hasta la siguiente legislatura (1904) para la aprobación de una modificación de ese proyecto inicial¹⁸⁸.

Aunque esta ley tuvo por objeto la protección de la salud física y moral de los niños menores de 10 años, en realidad estuvo fundamentalmente dirigida a controlar y dirigir la lactancia mercenaria: vigilar e inspeccionar a los niños entregados a la lactancia mercenaria; garantizar los salarios de las nodrizas; exigir que las nodrizas cumplieran con los requisitos legales para asegurar que no incurrieran en el abandono moral y/o físico de sus propios hijos para dedicarse a la industria del nodridaje¹⁸⁹.

Estos requisitos estaban contenidos en el artículo 8, que especificaba la documentación que debía cumplir “toda mujer que desee dedicarse a la lactancia,” tratando de dar solución al clásico problema de la escasez de nodrizas a la vez que se trataba de limitar el abandono en las inclusas como medio de depositar temporalmente a los hijos mientras se empleaban como nodrizas. Disponía que toda mujer que quisiera dedicarse a la lactancia mercenaria tenía que presentar un documento a la Junta Local que incluyera su estado civil, su estado de salud, el permiso de su marido y una referencia al certificado de nacimiento de su hijo que demostrara que tenía más de 6 meses y menos de diez o un certificado de que estaba bien alimentado por otra mujer. Y, específicamente, no permitía a las mujeres que habían dado a luz en la Maternidad o en los hospitales dedicarse a la lactancia mercenaria para evitar abusos del sistema, a menos que presentara un certificado médico¹⁹⁰.

Pese a que la introducción de una legislación específica suponía un gran avance en la protección a la infancia y un importante cambio en la mentalidad contemporánea, la publicación de la ley apenas tuvo ningún efecto en los siguientes años, dado que el reglamento que la operacionalizaba no se aprobó hasta 1908. El Reglamento permitió poner en marcha definitivamente el Consejo Superior de Protección a la Infancia¹⁹¹ que planteaba la ley y la publicación que debía recoger los informes de las Juntas Provinciales (*Pro-infantia. Boletín del Consejo Superior de Protección a la Infancia y represión de la mendicidad*¹⁹²) y, además, amplió los objetivos de la ley, abordando aspectos de la infancia fuera del ámbito de la lactancia mercenaria que no pudo

¹⁸⁸ Ley de Protección a la infancia, 17 de agosto de 1904. PERDIGUERO GIL y ROBLES GONZÁLEZ: “La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene”, págs.115-119.

¹⁸⁹ BARONA VILLAR, J. L.: “El Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad (1904-1914). Su ideología social y sanitaria” en PERDIGUERO GIL, E. (Ed.), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Guada Litografía, S.L., Valencia, 2004, pág.123.

¹⁹⁰ Ley de 17 de agosto de 1904.

¹⁹¹ Reglamento de la Ley de Protección a la infancia, 1908. El Consejo se dividió en 5 secciones: “Puericultura y primera infancia”, “Higiene y educación protectora”, “Mendicidad y vagancia”, “Patronatos y corrección patronal”, “Jurídica y legislativa”.

¹⁹² El primer número de Pro-Infantia se publicó en 1909.

desarrollar ninguna actividad hasta esa fecha”¹⁹³.

No obstante, pese a la entrada en vigor del Consejo y de sus ramas provinciales y locales, el impacto de la legislación de protección a la infancia en el control de nodrizas y vigilancia de la lactancia externa fue bastante limitado. Se trataba de un problema difícil de solucionar dada la incapacidad operativa de hacer cumplir la legislación, sobre todo a las agencias privadas de contratación, en las que descansaba gran parte del problema. En 1918, ante la segunda denuncia de mortalidad de la Inclusa, los médicos de la institución, reclamaban, igual que habían hecho otros antes, que era preciso que se encontraran los medios de hacer cumplir la ley de protección a la infancia.

Después de esta contribución, la importancia de la Sociedad de Higiene y el discurso médico en el fomento de nueva legislación decayó¹⁹⁴. No obstante, a nivel individual, de entre las filas de los médicos de la beneficencia provincial asignados a las inclusas, casas de expósitos y casas cunas saldrían propuestas variadas para la transformación de las instituciones con nuevos presupuestos higiénicos y morales que finalmente llevaron a cabo cambios radicales en las casas de expósitos.

Además del discurso propiamente médico y su intervención en la legislación, la medicina social se involucró en la participación activa en la lucha contra las distintas lacras sociales a través de las campañas sanitarias, que eran intervenciones organizadas por grupos privados (filántropos y médicos, entre otros) con objetivos preventivos (destinadas a la población sana) y un fuerte componente de educación de masas. Dentro de las campañas sanitarias, se instalaron centros, originariamente privados, que años más tarde serían absorbidos por el aparato estatal para abordar la salud infantil. Así, igual que se pusieron campañas para la lucha contra la tuberculosis o la malaria, la lucha contra la mortalidad infantil se desarrolló desde principios del siglo XX, basándose en la creación de gotas de leche. Dada la coincidencia temporal con el momento del desarrollo de la salud pública y la intervención estatal fue absorbida como propia por el Estado y apoyada por la legislación posterior¹⁹⁵.

Las Gotas de leche o consultorios de niños de pecho fueron instituciones de distinta titularidad (privada, municipal, mixta) destinadas a la vigilancia de la lactancia normal en bebés sanos y la dirección científica de la lactancia artificial junto con una intención educativa. El primero de ellos se instaló en Barcelona en 1902, fundado por Felipe Cardenal, Ignacio Girona y Soler Fajarnés. Poco después le siguió el de Rafael Ulecia y Cardona en Madrid, durante los diez años siguientes se abrieron otros 34 en las distintas capitales de provincia (salvo excepciones), de modo que en 1924 ya había casi uno en cada provincia española¹⁹⁶.

A través de visitas semanales de las madres con sus recién nacidos, estas instituciones trataban de vigilar el crecimiento, suplementar la alimentación si era

¹⁹³ BARONA VILLAR: “El Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad (1904-1914). Su ideología social y sanitaria”, págs.121-123.

¹⁹⁴ PERDIGUERO GIL y ROBLES GONZÁLEZ: “La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene”.

¹⁹⁵ RODRÍGUEZ OCAÑA, E.: “La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX” en ATENZA FERNÁNDEZ, J. y MARTÍNEZ PEREZ, J. (Ed.), *El centro secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo*, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2001, pág.24.

¹⁹⁶ RODRÍGUEZ OCAÑA: “La Higiene Infantil”, pág.223.

necesario y detectar enfermedades. Adicionalmente, se suministraba a las madres pobres leche esterilizada gratuitamente (o a un reducido precio). Pese a que suministrar biberones esterilizados era una práctica aparentemente contraria a la creencia médica, que subrayaba la importancia de la lactancia materna o, en su defecto, de una nodriza, esta medida fue un medio de atraer a las masas a la práctica médica¹⁹⁷. De hecho, además del impacto en la salud de los niños, ofrecían una prestación a las capas populares en mayor necesidad que podían utilizarlas para sortear los problemas económicos más graves.

Desde el punto de vista médico, por otro lado, las funciones educativas eran las prioritarias, dada la importancia que se concedía a las madres en el problema de la salud y mortalidad infantil. En ocasiones, esas funciones se separaron de la administración de leche y se instituyeron Escuelas de Maternología. Esta labor fue continuada desde 1926 por la Escuela Nacional de Puericultura, que conjugó las labores asistenciales con las docentes, proveyendo de personal cualificado a otros centros¹⁹⁸.

Durante la II República, la atención a la infancia, hasta entonces limitada al radio de acción de este tipo de instituciones, fue extendida al ámbito rural dada la creación del Servicio de Higiene infantil (1932), dependiente de la Dirección General de Sanidad. Se dotaron puestos de higiene pre-natal, lactantes, pre-escolar y escolar¹⁹⁹.

Durante todo este proceso la medicina de los niños se consolidó como una disciplina propia. Por un lado se hablaba de pediatría para referirse a la vertiente clínica, la medicina específicamente de los niños, que trataba de sus patologías específicas. Por otro lado, se hablaba de puericultura para referirse a la vertiente higiénico-social, es decir el campo científico que pretendía el dominio técnico de la relación madre-hijo, que debía sustraerse a la costumbre para ser regulada por la técnica experta²⁰⁰.

2.2.2.3. Abandono y discurso sobre mujer y maternidad

El tercer tipo de discurso que afectó a la consideración social y la evolución del abandono infantil fue el de la identidad de la mujer. Experimentó dos importantes fases durante nuestro periodo de estudio: de la primera de ellas sólo observamos sus últimos coletazos ya que se había desarrollado a lo largo de todo el siglo XIX y la segunda de ellas ocupa básicamente el primer tercio del siglo XX, siendo el cambio de siglo, el momento de inicio de nuestro estudio²⁰¹.

¹⁹⁷ MEDINA DOMÉNECH, R. M. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E.: “Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX” en *Dynamis* nº 14, 1994, págs.82-83, RODRÍGUEZ OCAÑA: “La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX”, págs.224-225.

¹⁹⁸ Su concepción ya había surgido dentro del primer proyecto de Reglamento del Consejo Superior de Protección a la infancia y represión de la mendicidad en forma de un “Instituto Nacional de Maternología y Puericultura” pero hasta el Real Decreto de 23 de junio de 1923 no se plasmó de forma concreta. RODRÍGUEZ OCAÑA: “La Higiene Infantil”, pág.227. RODRÍGUEZ OCAÑA: “La Higiene Infantil”, pág. 225.

¹⁹⁹ RODRÍGUEZ OCAÑA: “La Higiene Infantil”, pág.227.

²⁰⁰ Ibid., pág.217.

²⁰¹ Sobre el discurso de género y la construcción de la identidad social de la mujer, algunos trabajos clave son las contribuciones de Mary Nash a la *Historia de las Mujeres* de Duby y Perrot. Sobre algunos aspectos más concretos, se pueden ver otros trabajos como PALACIO LIS, I.: *Mujeres ignorantes*:

Desde finales del siglo XVIII se había producido un debate en los círculos filosóficos, morales y médicos en torno al matrimonio, la familia y el papel que correspondía a hombres y mujeres en la sociedad²⁰². Y, a través de las aportaciones de esos grupos, se articuló el discurso de la domesticidad, que suponía una construcción sociocultural del género nueva que demarcaba el ámbito de actuación y la función social de hombres y mujeres.

La base de este nuevo discurso era la división de esferas (mujeres en el ámbito doméstico y hombres en el ámbito público) que respondía a la diferente naturaleza de los sexos, que encarnaba el discurso de inferioridad de la mujer respecto al hombre. Esta inferioridad se justificaba por planteamientos científicos que legitimaban la sumisión y dependencia femenina, y por tanto, la necesidad de protección por el varón y su restricción al ámbito doméstico. Paralelamente (y se podría decir que incluso, contradictoriamente), también respondía a un discurso de superioridad moral de la mujer. La Iglesia y los moralistas consideraban a la mujer como la “reserva moral de la humanidad”²⁰³.

Este discurso de la domesticidad otorgaba a la maternidad el papel de máximo horizonte de realización de la mujer, haciendo que su identidad descansara en el matrimonio y la asunción de sus responsabilidades como esposa y, sobre todo, como madre. Esta función de la esposa-madre en el ámbito doméstico encajaba perfectamente con el ideario religioso, presentando a la mujer con calificativos como “honesta”, “sumisa”, “laboriosa”, “piadosa”, cuyo arquetipo era la Virgen²⁰⁴.

Tanto el control religioso de la sexualidad de las mujeres como la reglamentación de la vida sexual, que sólo podía concebirse dentro del matrimonio, estaban ya plenamente establecidos desde el siglo XVIII. La imagen de la mujer estaba asociada a la negación del sexo y del cuerpo femenino. El pudor y la vergüenza de las mujeres se habían integrado en la mentalidad de las mujeres para controlar su comportamiento. Así, la virginidad de la soltera y la fidelidad y castidad de la casada eran garantes del honor familiar, que debía ser protegido por los hombres. Y precisamente se buscaba reforzar la identificación de la mujer con la religión para asegurar ese control²⁰⁵.

Sintetizado en “la perfecta casada” o en “el ángel del hogar” en la versión laica, se trataba de un ideal de mujer claramente burgués que recogía la estructura económica de esa clase. El hombre se dedicaba al trabajo productivo mientras que la mujer se ocupaba del trabajo reproductivo y la crianza de los hijos.

madres culpables: adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX, Universitat de València, Valencia, 2003.

²⁰² DEL AMO DEL AMO, M. C.: *La familia y el trabajo femenino en España durante la segunda mitad del siglo XIX*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Moderna, Universidad Complutense de Madrid, 2008, pág.103.

²⁰³ Ibid., pág.103-104; NASH, M.: “Identidad cultural de género, discurso de la domesticidad y la definición del trabajo de las mujeres en la España del siglo XIX” en DUBY, G. y PERROT, M. (Ed.), *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2000, pág.320.

²⁰⁴ NASH: “Identidad cultural de género, discurso de la domesticidad y la definición del trabajo de las mujeres en la España del siglo XIX”, págs.614-615,

²⁰⁵ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, págs.49-51.

Pese a esta raíz burguesa del discurso de la domesticidad y de la incompatibilidad del mismo con el trabajo femenino extra-doméstico, este ideal permeó la estructura social y el mundo obrero acabó suscribiéndolo. Entre las causas de esta aceptación se pueden citar la legitimación de la asimetría de sexos a través del nuevo modelo sociocultural pero, fundamentalmente, el rechazo al trabajo femenino por parte de los propios obreros por razones económicas. Pese a que el salario femenino era necesario en ocasiones para el sostenimiento de la familia obrera, la postura de los trabajadores cifraba esa situación como una excepción, aceptando la imagen burguesa como un reflejo de la realidad²⁰⁶.

El comportamiento fuera de este ideal era rechazado ya que violaba no sólo las leyes morales y sociales sino también las religiosas. Por un lado, la presencia de las mujeres en ámbitos distintos del hogar era completamente rechazada, ya fuera en el mercado laboral, la intelectualidad, la política, aunque existieran ciertas excepciones. Por otro lado, la centralidad del matrimonio y la reproducción (y su unión indisoluble) hacía que los nacimientos fuera del matrimonio fueran inaceptables. A las mujeres solteras sólo se les ofrecían dos opciones. O bien podían criarlos ellas mismas enfrentándose a la sociedad, cuyas reglas habían violado, acarreando consigo la humillación y la deshonor del embarazo ilegítimo. O bien se les ofrecía la posibilidad de abandonarlos.

Así, bajo este discurso, se llegaba a la justificación del abandono de niños ilegítimos que se había producido desde siglos anteriores. En este momento, dado el renovado énfasis en el matrimonio y la necesidad de guardar el honor, incluso fomentándolo hasta niveles desconocidos hasta entonces. Según la lógica, el abandono era la opción más adecuada. Una mujer soltera, frente al oprobio y rechazo que la esperaban tras un parto ilegítimo, era incapaz de amar a la prueba viva de su caída, e incluso podía rechazarlo de tal manera que podía verse abocada al infanticidio. Ese hijo bastardo, por su parte, jamás podría dejar de despreciar a la madre que le había traído al mundo en esa condición social marginada. Por tanto, las madres solteras eran por naturaleza incapaces de ser “madres”, reflejando la glorificación exclusiva de la maternidad dentro del matrimonio²⁰⁷.

La protección del honor de la mujer era un fin en sí mismo, tanto de la casada como de la soltera. E, incluso, cuando la mujer había perdido ese honor, era importante mantenerlo en secreto, guardando las apariencias, de forma que la apariencia del honor llegó a ser casi más importante que el honor. En este contexto, por tanto, se entiende el énfasis particular de la legislación de finales del siglo XIX en facilitar el abandono (para evitar el infanticidio) y en la inclusión en el entramado institucional benéfico de las casas de maternidad destinadas a alojar a las mujeres que habían concebido un hijo ilegítimo y que deseaban abandonarlo en secreto para poder volver a su vida de virtud.

Este modelo pervivió más allá del cambio de siglo pero a partir de las primeras décadas y, sobre todo, de 1920, transformó su fundamento ideológico sin llegar a transformar sus características principales. Los enormes cambios experimentados por la sociedad española desde la última década del siglo XIX provocaron un necesario ajuste

²⁰⁶ NASH: “Identidad cultural de género, discurso de la domesticidad y la definición del trabajo de las mujeres en la España del siglo XIX”, págs.622-623.

²⁰⁷ KNIBIEHLER: “Cuerpos y corazones” en DUBY, G. y PERROT, M. (Ed.), *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2001, pág.369.

de los modelos culturales de género y en los discursos ideológicos con respecto a la mujer. La estricta división de esferas, la división sexual del trabajo y la construcción de la identidad cultural a través de la maternidad se mantuvieron. Sin embargo, la profundización de la medicalización de la maternidad simultánea a su centralidad en la experiencia femenina sí que tuvo consecuencias diferentes en la consideración del abandono y de la madre soltera.

Así, del “ángel del hogar” se pasó a la “mujer nueva” o “mujer moderna”, instruida y profesional. La maternidad seguía en el centro de su identidad aunque la legitimación de ésta pasó a descansar en el discurso médico. Se estableció cierto consenso social alrededor de la teoría de la diferenciación sexual de Gregorio Marañón. Según éste la mujer no era inferior sino diferente y, por tanto, tenía un cometido social distinto pero complementario al del hombre: la maternidad, que era la “suprema misión” de la mujer para la perpetuación de la especie²⁰⁸.

Esta sublimación de la maternidad, no obstante acompañada de la continuación del discurso de desvalorización de la madre por su incapacidad de hacer frente a las demandas de la maternidad biológica que ya se había iniciado durante el siglo XIX. Frente a la ignorancia materna, la maternología ofrecía los conocimientos técnicos procedentes de los profesionales de la medicina²⁰⁹.

Esta intervención en la maternidad era análoga a la tecnificación de la crianza de los niños a través de la puericultura y no es completamente independiente de ella. Uno de los temas centrales que los médicos puericultores defendieron y que unía ambas cuestiones fue la lactancia materna. Junto con la reivindicación de la regulación de la lactancia mercenaria (necesaria sólo en casos excepcionales donde las madres no pudieran cumplir esa misión), la recomendación de la lactancia materna fue vista como la manera fundamental de actuar contra la mortalidad infantil.

El efecto positivo de la nueva ideología de la maternidad sobre los embarazos fuera del matrimonio y los expósitos vino precisamente a través del énfasis en la importancia de la madre (y la lactancia materna) en la crianza y supervivencia de su descendencia. Dentro del discurso pro-natalista muy acentuado ya durante las primeras décadas del siglo XX, el desprecio por la ilegitimidad se había atenuado (por el reconocimiento del valor económico de sus vidas, no por un verdadero cambio social) y los reformistas consideraban que los hijos naturales se consideraban tan válidos como los legítimos. De modo que la postura hacia el abandono osciló desde el fomento a la disuasión. La lógica cambió: de cara a la vida del niño, confiarlo a la propia madre era menos costoso y más seguro que dejarlo en la institución y, de cara a la honra perdida de la madre, se consideraba que la propia dedicación a su cuidado, en el ejercicio de la maternidad, redimiría a la madre²¹⁰.

En 1918, el senador Gómez Ocaña, al hilo de una denuncia de elevada mortalidad en la Inclusa recogía claramente la expectativa de redención de estas mujeres (que todavía no se daba en la práctica):

²⁰⁸ NASH: “Maternidad, Maternología y reforma eugénica en España, 1900-1930”, págs.687-688.

²⁰⁹ Ibid., pág.696.

²¹⁰ KNIBIEHLER: “Cuerpos y corazones”, pág.370.VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.56.

Estas pobres mujeres [las madres solteras] han caído en la lucha entre un instinto ciego, un instinto natural que disculpa la falta, y una ley moral que es la pena; estas pobres mujeres no tienen ni la cultura, ni el tono ni la fibra necesaria para encontrar precisamente en su falta la ejecutoria de su redención porque si en la caída hubo un divorcio entre la ley natural y la ley moral, en la redención en el sacrificio que puede hacer una madre por su hijo, sacrificio heroico algunas veces, está la más santa, la más noble ejecutoria que puede encontrar una mujer para redimirse, diciendo a la sociedad que la tildaba: yo caí, fui débil pero aquí está el hijo de mis entrañas, convertido en ciudadano honrado y robusto, por mi esfuerzo heroico, luchando contra toda clase de miserias y toda clase de asechanzas. Esa es la redención de la madre²¹¹.

Aunque la ideología maternalista de la época veía en la reproducción la función social de la mujer y rechazaba de plano su participación en el mundo laboral, la realidad de su inserción en el mismo obligó a poner en práctica legislación que favoreciera su situación para proteger a la infancia. Si la salud de los niños empezaba a gestarse desde el embarazo, era necesario asegurar el descanso de las embarazadas para favorecer la salud infantil y fomentar las medidas para que pudieran desarrollar la lactancia materna.

Ley Dato de 1900 fue el inicio efectivo del intervencionismo estatal en materia de legislación obrera y una de los puntos fue centrales fue la regulación de la situación de la obrera-madre (no contemplaba la posibilidad de las solteras ni de otras ocupaciones). Estableció la posibilidad para las obreras de tener una reserva de plaza durante las tres semanas posteriores al parto, la posibilidad de tener abandonar el puesto después del octavo mes de embarazo, también garantizando la reserva el puesto y la posibilidad de una hora diaria para dar el pecho durante el periodo de lactancia. No obstante, esta legislación chocaba contra la realidad de las mujeres y su participación en la fuerza laboral, donde el ausentarse del puesto laboral no era una opción viable económicamente para la familia. En una modificación en la Ley en 1907 se sustituyó la posibilidad de ausentarse después del parto por la prohibición del trabajo durante las 4-6 semanas posteriores al parto pero no fue muy exitoso²¹².

En 1923 se produjo un avance a través del Real Decreto de 1923 que recogía los acuerdos del convenio sobre protección de la maternidad elaborado por la Conferencia Internacional del Trabajo de Washington de 1919, donde se extendía el periodo de ausencia a 6 semanas anteriores y posteriores al parto y se preveía la concesión de asistencia gratuita a la obrera y un pequeño subsidio. Además, se extendían estos beneficios a las mujeres independientemente de su estado civil, lo que generó protestas. Y, finalmente, en 1929 se estableció el Seguro Obligatorio de Maternidad²¹³. Era obligatorio para todas las obreras y empleadas asalariadas inscritas al régimen obligatorio de retiro obrero e implicaba beneficios sanitarios (para evitar que se recurriera a individuos no cualificados por penuria económica), utilización gratuita de obras protectoras de maternidad e infancia y una prestación económica antes y después del alumbramiento²¹⁴.

En cierta medida, la paulatina aparición de legislación y dispositivos para suavizar la maternidad en el mundo de las trabajadoras contribuyó a mejorar la situación de aquellas mujeres que, en condiciones muy difíciles con la llegada de la maternidad,

²¹¹ Intervención en el Senado de Gómez Ocaña, 20 de junio de 1918, págs.1600, 1702-1704.

²¹² CAPEL MARTÍNEZ: *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*, págs.86 y 96.

²¹³ Real Decreto ley de 22 de marzo de 1927, *Gaceta* de 24 de marzo de 1927.

²¹⁴ CAPEL MARTÍNEZ: *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*, pág.98; GONZÁLEZ CASTILLO, M. J.: “Las matronas malagueñas, un colectivo profesional discriminado en la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)”.

podían ver el abandono como salida. No obstante, el alcance de esta legislación no abarcó todas las profesiones, dejando sin cobertura a los grupos más sensibles (como el servicio doméstico) por lo que su impacto en la reducción del abandono, específicamente, no se hizo notar de manera particular.

2.2.3. LA REALIDAD DEL ABANDONO INFANTIL EN EL TRÁNSITO DE LA ACCIÓN SOCIAL Y EL ESTADO INTERVENCIONISTA

Como parte de las poblaciones tradicionalmente asistidas, los expósitos, siguieron bajo la protección de la Beneficencia Liberal durante todo el periodo. No obstante, hubo una serie de modificaciones en la legislación, directamente indicados para mejorar su situación, que deben ser tenidas en cuenta para completar la imagen del significado social y cultural del abandono.

La primera gran transformación de la atención a la infancia abandonada desde la legislación de Godoy se produjo con la fundación y re-organización de la Casas de Expósitos y Maternidad en las dos primeras leyes de Beneficencia (la de 1822 y 1849) al hilo del énfasis sobre la honra del pensamiento liberal. Aunque la primera de estas leyes precede el inicio del periodo de Asistencia Social, la continuidad de la política benéfica con el sistema tradicional hizo que la segunda normativa se construyera sobre las ideas y conceptos previamente inaugurados en la legislación de 1822 en materia de Casas de Maternidad.

La Ley de Beneficencia de 1822²¹⁵, promulgada durante el Trienio Liberal y puesta en vigor en 1836 a la muerte de Fernando VII, definitivamente puso la beneficencia en manos de la Administración en sus diferentes ámbitos territoriales. Estableció por primera vez la necesidad de establecer Casas de Maternidad en todas las provincias, utilizando este término ampliamente para incluir las funciones realizadas en ese momento por las casas de expósitos o inclusas. Colocaba estas Casas de Maternidad bajo la jurisdicción de las Juntas Municipales de Beneficencia, detallando todas las características que debían tener así como su funcionamiento interno, en el que prácticamente replicaba el funcionamiento ya en práctica en las casas expósitos (a excepción de la parte específica de maternidad). El objetivo que fijaba para estas Casas de Maternidad era “evitar los infanticidios y salvar el honor de las madres” (art.41) para lo cual establecía se construyeran con tres departamentos: uno para refugio de mujeres embarazadas paridas; otro para lactancia de niños y un tercero para conservación de esos niños tras superar la lactancia.

El primer departamento debía acoger a todas las mujeres que habían concebido ilegítimamente y requirieran este tipo de socorro. Su entrada no podía realizarse antes del séptimo mes a menos que pudiera costear su propia estancia o estuviera dispuesta a trabajar para costearla; se establecía la separación por clases y se remitía a la redacción de reglamentos para el funcionamiento interno (arts. 43-44). La necesidad de secreto era explícitamente declarada: se decía que se observaría “el secreto más inviolable” (art.45).

El segundo departamento, el de niños lactantes, debía recoger los niños nacidos en el departamento de Maternidad así como otros niños expuestos o abandonados,

²¹⁵ Ley General de Beneficencia del 23 de enero-6 de febrero de 1822.

reiterando la legislación establecida por Godoy: abandono anónimo y la prohibición de interrogación o persecución de la persona que fuera a abandonar un niño. A continuación, especificaba toda una serie de prácticas ya ampliamente en uso en las inclusas o casas de expósitos nacionales: registro, preferencia por la lactancia fuera de la institución, búsqueda de nodrizas saludables en pueblos para hacerse cargo de los expósitos, supervisión de las mismas, etc. (arts.53-60).

Finalmente, el departamento de los niños de conservación debía acoger tanto a aquellos niños que superaban los dos años en el departamento de lactancia como a aquellos desamparados de esa edad. Como posibles destinos de esos niños se planteaba el prohijamiento por sus nodrizas, por “personas honradas que tengan posibilidad de mantenerlos” o la reclamación por los padres. Esta última opción quedaba supeditada a que la familia reembolsara a la institución la totalidad o la parte que pudiera permitirse del importe de la crianza del niño. Sólo en casos de sospecha de mala conducta por parte de los padres se rechazaría su entrega (arts. 61-70).

Esta primera ley de beneficencia no tuvo mucho seguimiento y cuando se promulgó la siguiente ley en 1849 aún no existía una inclusa o casas de maternidad en España de ese tipo. La nueva ley implicaba una serie de cambios de organización general, entre los que destaca un cambio de dependencia, asignando las casas de expósitos, casas de maternidad y las casas de huérfanos y desamparados a las Juntas Provinciales²¹⁶. No obstante, tras el Sexenio y la eliminación de las Juntas, pasaron a depender directamente de las Diputaciones Provinciales.

Aunque esta ley, a diferencia de la anterior, se refería a casas de expósitos y maternidades de forma individualizada, se incorporó entre las disposiciones generales la recomendación de instalar las casas de expósitos y de maternidad en las mismas instalaciones²¹⁷, aunque fueran dos instituciones distintas “para conservar el secreto y para inspirar confianza” (art.93, punto 2º)²¹⁸.

El reglamento, que no se llevó a cabo hasta unos años después (1852), en esencia, repetía el articulado de la ley anterior²¹⁹ aunque añadía una serie de precisiones: por un lado, en el caso de reclamaciones de padres incapaces de reintegrar el precio de la crianza de su hijo en la institución, la Junta Municipal podía determinar que se devolviera el niño sin haber realizado el pago y, por otro, que el fruto del trabajo de los expósitos en la institución, una vez descontados los gastos de su manutención, fuera entregado a éstos a la salida de la misma.

Poco a poco se fueron inaugurando instituciones a lo largo del país de modo que a principios de siglo XX casi todas las capitales de provincia tendrían casas de maternidad asociadas a las casas de expósitos. Así, las Maternidades se unieron a los tornos en la función de salvaguardar el honor de las madres y evitar el infanticidio. Se llevó a cabo una reglamentación del secreto: la entrada, la estancia, el registro administrativo, la identidad de la mujer eran mantenidos en el máximo de los secretos a

²¹⁶ Artículo 3 de la *Ley de Beneficencia del 20 de junio de 1849*.

²¹⁷ Artículo 93 de las Disposiciones Generales del *Reglamento del 14 de mayo de 1852 para la ejecución de la Ley de Beneficencia del 20 de junio de 1849*.

²¹⁸ Ley de beneficencia de 20 de junio de 1849 y Reglamento de 14 de mayo de 1852.

²¹⁹ Artículos 17-28 del Capítulo III del Título 1 del *Reglamento del 14 de mayo de 1852 para la ejecución de la Ley de Beneficencia del 20 de junio de 1849*.

través de distintos procedimientos. Sobres cerrados con la identidad de las parturientas que sólo se abrían en caso de defunción, nombres claves, uso de velos ante los médicos e incluso ante las otras pacientes, libros de registro a disposición del director que los guardaba en secreto, etc.

De hecho, la carga que la mentalidad burguesa adjudicaba al embarazo ilegítimo era tal que se entendía que incluso podía llevar a acciones impensables en otras circunstancias llevada por la desesperación. Así, las disposiciones sobre aborto e infanticidio del código penal de 1870 aceptaban como atenuante la causa “salvaguada del honor”²²⁰.

Además del recurso al abandono secreto a través de la Maternidad, como ya hemos descrito para el caso europeo, la introducción de los tornos y la posibilidad del abandono anónimo permitieron la aparición de un segundo tipo de recurso a la institución, que podría denominarse no tradicional: el abandono de hijos legítimos. Y la falta de reacción institucional ante el “abuso” del torno, tanto a nivel nacional como local, implicó una tácita aceptación de su existencia, admitiéndolo más o menos abiertamente entre los usos de la institución.

Rodríguez Martín describía la diferenciación ocurrida entre las instituciones nacionales en función de su respuesta a esta situación: benéfica o asistencial. Algunas diputaciones consideraron inadmisibles la extensión de funciones de su inclusa, aceptando oficialmente sólo aquellos abandonos producidos para salvaguardar la honra, manteniendo la función benéfica que había dado origen a estas instituciones. La consecuencia de esta política restrictiva de acceso fue el incremento del abandono de niños a través del torno o en lugares públicos, de modo que la presencia de niños legítimos se mantenía de facto. Un ejemplo de este caso fue la Inclusa de Guipúzcoa, donde se documenta un incremento en el número de entradas anuales a través de este tipo de sistemas en los momentos en los que los criterios de admisión excluyeron la entrada por medios oficiales de niños legítimos. Pero la de Sevilla también se puede contar en este grupo²²¹.

En otras diputaciones, sin embargo, se aceptaron estos usos no tradicionales de la institución dada la pobreza de la población y la necesidad de atender a los niños que no podían ser criados por sus padres por motivos de pobreza, enfermedad, muerte, etc. Estas instituciones desempeñaban labores de tipo asistencial aunque variaban en la amplitud de situaciones que admitían. La Inclusa de Burgos admitía huérfanos, por ejemplo mientras que la de Barcelona amplió su política de admisión desde 1890 a huérfanos y niños desvalidos²²².

Uno de los ejemplos más claros de este tipo de reacciones fue el de la Inclusa de Pamplona donde no solo se aceptaban niños legítimos, distinguiéndolos del resto desde el primer momento mediante la utilización de un registro independiente, sino que, además, se ofrecían ayudas económicas a las madres para animarlas a conservar a sus hijos. Así, sus funciones eran tres: acoger a niños ilegítimos; cumplir un papel de “nodriza social” para los que no podían sufragar los gastos que suponía la contratación

²²⁰ Referencia al código penal y los artículos. RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.99.

²²¹ RODRÍGUEZ MARTÍN: “La inclusa de Pontevedra (1872-1903)”, pág.82.

²²² Ibid., pág.182.

de una; y acoger a los niños desamparados tanto por muerte como por situaciones extremas de éstos (padres de las capas marginales o pobres)²²³.

El mismo tipo de prácticas puede encontrarse en la Inclusa de Pontevedra. Según Rodríguez Martín, el hecho de que esta Inclusa utilizara el mismo registro para documentar la entrada de niños legítimos e ilegítimos indicaba la indiferencia de la institución a la filiación de los niños para su asistencia²²⁴. La Inclusa madrileña, como veremos en el capítulo 4, cumplía funciones asistenciales dado que no distinguía la filiación a la hora de la admisión (tampoco en los registros) pero no ofrecía ayudas a la lactancia de ningún tipo.

La extensión de las instituciones de beneficencia a funciones distintas de las originarias no se limitó a las Inclusas y en la evolución de las Casas de Maternidad se puede documentar un proceso similar: los nacimientos de niños legítimos. En instituciones como la Inclusa de Madrid, el cambio se reflejó en una ampliación explícita de las usuarias potenciales en el reglamento pero otras instituciones también empezaron a recoger un número cada vez mayor de nacimientos legítimos (Navarra, Barcelona, etc.)²²⁵. Como en el resto de Europa, la medicalización de la infancia y el embarazo, llevó a la paulatina institucionalización de los partos. Por un lado, mujeres en situación de necesidad (miseria económica, dificultad del embarazo o del parto, etc.) acudían a las instituciones por razones médicas mientras que los facultativos se insertaban en un discurso de intervención total en todas las fases de la infancia, desde los cuidados durante el embarazo, supervisados por la profesión médica, hasta el parto, que debía realizarse en condiciones adecuadas de higiene y asepsia²²⁶. Entre finales del siglo XIX y principios del XX el número de alumbramientos institucionales, en las casas de maternidad, era muy limitado pero se fue incrementando paulatinamente. De hecho, se construyeron nuevas instituciones específicamente destinadas a clínica de maternidad con el objetivo de atraer a mujeres de todas las condiciones para asegurar el parto en unas correctas condiciones de higiene²²⁷.

Esta doble incorporación de los niños legítimos al marco institucional (como partos y como abandonos) no supuso una disminución de las diferencias en función de la filiación. Pese a la capacidad de las instituciones de liberar tanto a mujeres casadas como solteras del peso de sus cargas y la paulatina reconversión de la relación entre el hijo ilegítimo y su madre, el peso de la ilegitimidad sobre la mujer y sobre el propio hijo ilegítimo siguió siendo bastante fuerte.

²²³ VALVERDE LAMSFUS: “Legitimidad e ilegitimidad. Evolución de las modalidades de ingreso en la Inclusa de Pamplona, 1740-1934”, pág.17.

²²⁴ RODRÍGUEZ MARTÍN: “La inclusa de Pontevedra (1872-1903)”, pág.82.

²²⁵ Sobre la Inclusa de Madrid hablaremos en detalle en el capítulo 4. VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, págs.63-81; y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.401.

²²⁶ Para otros ejemplos similares, ver NUTTAL, A.: “Because of Poverty brought into Hospital’ A Casenote-Based Analysis of the Changing Role of the Edinburgh Royal Maternity Hospital, 1850-1912” en *Social History of Medicine* nº 20 (2), 2007; EARNER-BYRNE, L.: “Managing Motherhood: Negotiating a Maternity Service for Catholic Mothers in Dublin, 1930-1954” en *Social History of Medicine* nº 19 (2), 2006.

²²⁷ En Madrid, la Casa de Maternidad de Santa Cristina se instaló en 1926 con ese objetivo. COLOMER GÓMEZ, A. y ANABITARTE PRIETO, C. E.: “Maternidad de Santa Cristina. 100 años de la gestación de un sueño, 1903-2003” en *El Ateneo: revista científica, literaria y artística* nº 12-13, 2003.

El código civil 1889 con su orientación patriarcal y la sumisión de la mujer a la autoridad del marido sancionó definitivamente la discriminación total entre legítimos e ilegítimos y no sería hasta 1931, con la Constitución de la II República cuando el Derecho de Familia cambiara. La aportación liberal de esta legislación fundó la familia sobre la base del matrimonio y concedió los mismos derechos a legítimos e ilegítimos, eliminando esa información de todo tipo de registros²²⁸.

No obstante, en cuanto a la consideración de los expósitos, al menos desde la ley del registro civil en 1870 se acabó con la discriminación que había ocurrido por la utilización de nombres identificativos o peyorativos: se debía poner un nombre y un apellido corriente a los expósitos que no permitiera saber que eran expósitos²²⁹. Sin embargo, el hecho de que sólo tuvieran un apellido ya era indicativo de ello por lo que el número de apellidos se extendió finalmente a dos, haciéndolos indistinguibles de los demás niños en 1903²³⁰.

Durante todo nuestro periodo de estudio, la legislación sobre las casas de expósitos y maternidades se mantuvo inalterada y las modificaciones que se realizaron en ellas tuvieron que ver con la iniciativa privada o de las propias diputaciones. Obras, reformas, construcción de edificios nuevos así como transformaciones en reglamentos o en las directrices de tratamiento estuvieron encabezadas por las juntas de damas encargadas de su supervisión o por las diputaciones de las que dependían estas instituciones.

El cambio más importante en estas instituciones, su transformación en algo más cercano a “Asilos Maternos”, sin embargo, no tuvo lugar a causa de un movimiento general o de una legislación específica, sino que las distintas instituciones modificaron los reglamentos y normas de funcionamiento de manera autónoma. Ya desde 1918, al hilo de la denuncia pública de mortalidad de la Inclusa, había un debate sobre el futuro de las inclusas y la necesidad de su transformación. Existía un consenso generalizado en la idea de que era necesario convertir las instituciones en “asilos maternos”, permitir que las madres lactaran a sus hijos allí para fomentar el establecimiento de lazos, así como tomar otra serie de medidas que disuadieran a las madres de abandonar a sus hijos, utilizando activamente el discurso de la “buena madre”. El tema que dividía a los distintos pensadores y médicos era el mantenimiento del torno. Su “abuso” era la razón principal para abolirlo pero aún a mitad del siglo XX la mayor parte de los implicados en las diputaciones e instituciones abogaban por su mantenimiento ya que aún se creía firmemente en su capacidad disuasoria del infanticidio y se temía una elevación de éste en el caso de su cierre.

El 1907 el dr. González Revilla ya decía que debía sustituirse el torno por una

²²⁸ BUSSY GENEVOIS, D.: “Mujeres de España: de la República al franquismo” en DUBY, G. y PERROT, M. (Ed.), *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2001, pág.231.

²²⁹ Hasta este momento era costumbre poner a los niños por apellido el nombre identificativo de su condición de expósito (usar de apellido la propia palabra “expósito” así como “de dios”, “Goñi” en la Inclusa de Zaragoza, “de la Piedra en la de Toledo”) así como otros inventados peyorativos o que recogían su experiencia específica, como por ejemplo, “de la calle”. Existe una cierta producción historiográfica al respecto, sobre los sistemas de nombramiento de expósitos. En el Congreso de la European Social Science History Conference en Lisboa en 2007 hubo precisamente una sesión dedicada a este objeto, en la que se documentó la presencia todavía de esta línea de investigación.

²³⁰ Artículo 34 de la Ley del Código Civil de 1870 y Real Orden del 17 de abril de 1903. RODRÍGUEZ MARTÍN: “El castigo del deseo femenino en la Casa de Expósitos y Maternidad de Barcelona”, pág.66.

oficina de admisión como en Francia para poder averiguar las circunstancias familiares y enfermedades hereditarias que podía tener el niño²³¹. En 1918 todavía el dr. Mañueco defendía en la Sociedad de Higiene que era preciso sustituir el torno por acciones más complejas ya que el torno era inmoral por favorecer la natalidad ilegítima y el abandono²³² mientras que el dr. González Álvarez, que había sido jefe médico de la Inclusa, recordaba su necesidad mientras no hubiera una defensa adecuada de la maternidad²³³.

Si la primera oleada de cierres se había rebelado contra el abuso generado por la posibilidad del abandono anónimo que facilitaba el abandono de niños legítimos, este segundo movimiento estuvo inspirado por la necesidad de reducir la mortalidad de los expósitos, que sólo se conseguiría a través del conocimiento de los antecedentes familiares. La transformación de las Inclusas y el cierre de los tornos tuvo lugar en momentos distintos para cada una de ellas, provocados por distintas circunstancias locales, pero en general en vísperas de la Guerra Civil no quedaban tornos y todas las instituciones habían puesto en marcha distintas prácticas para reducir el abandono y mejorar la situación de aquellos que se veían arrojados en éste. No obstante, en todos los lugares, se saldó con el mantenimiento de esa premisa: el abandono siguió siendo libre pero el anonimato dejó de ser completo ya que se requería que la madre consignara sus datos en el momento de la entrega²³⁴.

La legislación sobre infancia, infancia abandonada y maternidad así como las transformaciones en las clases populares, tanto en sus expectativas como necesidades de las instituciones, operaron un profundo cambio en la función de las casas de expósitos y maternidad. Las inclusas (y las casas de maternidad) que se habían originado para prevenir el infanticidio ofreciendo a las madres una alternativa a éste. Sin embargo, a mediados del siglo XIX, el secretismo de las maternidades y el traslado inmediato de los niños a las inclusas para evitar contacto entre madre e hijo en realidad, aun tratando de evitar el infanticidio a toda costa, demostraban que se había puesto un énfasis mayor en la protección de la honra de la mujer. El siglo XX el objetivo principal, en línea con la preocupación por la infancia, que implicó la irrupción de las ideas sobre la relación materno-infantil y el papel de la “buena madre”, fue evitar los abandonos. De ahí surgieron nuevas medidas que fomentaban la incorporación de las madres como nodrizas de sus hijos²³⁵. Dejado atrás el temor al infanticidio y la preocupación por la honra, prevenir el abandono se convirtió en el objetivo de los dirigentes de estas instituciones junto con la mejora de la vida de estos niños, dos objetivos a los que ayudaría la abolición del torno.

²³¹ GONZÁLEZ REVILLA, G.: *La protección a la infancia abandonada*, Tipografía Popular, Bilbao, 1907, pág.58.

²³² “Sociedad de Higiene”, *El Siglo Médico*, 23 de febrero de 1918.

²³³ “Inspección de la Inclusa de Zaragoza”, *Pro-Infantia*, Diciembre de 1918, pág.356.

²³⁴ El de Madrid fue finalmente cerrado en 1927, el de Barcelona en 1931 y Pontevedra y Pamplona en 1933. RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.141.

²³⁵ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.55.

RESUMEN CAPÍTULO 2

El objetivo de este capítulo ha sido ofrecer el contexto ideológico del abandono infantil en el periodo de estudio. Por un lado, se ha ubicado dentro del desarrollo histórico del fenómeno y las clasificaciones utilizadas para estudiarlo y, por otro, se han repasado tres discursos ideológicos clave que contribuyeron a los cambios observados.

En la sección 2.1 hemos repasado las distintas formas de conceptualizar el abandono infantil a través de la historia. En primer lugar, es importante deslizar el abandono del infanticidio en el momento en nuestro momento de estudio ya que suponían dos comportamientos de naturaleza completamente distinta. Después de repasar las clasificaciones de Boswell, Bardet y Hunecke y Kertzer sobre las fases del abandono infantil, hemos enunciado una propuesta para conectar la investigación sobre el siglo XX con la historiografía clásica, centrada en el periodo anterior a 1850. Pensamos que es importante estudiar la historia de la infancia abandonada prestando atención a la aparición de usos distintos del tradicional abandono para ocultar la deshonra. El uso temporal de la institución y la entrada de legítimos fueron constantes desde el siglo XVIII en la mayor parte de las instituciones y es importante abordar el análisis desde la importancia creciente de ese recurso sobre el conjunto de admisiones.

En la sección 2.2 hemos abordado la evolución del fenómeno en España. El abandono en instituciones en la Edad Moderna continuó el abandono en despoblado en la Edad Media, que había sustituido al infanticidio en la Antigüedad. La Real Cédula de 1796 legalizó el abandono anónimo (aboliendo la condena presente ya en el Derecho Romano). Esta medida favoreció la extensión de los tornos (dispositivos cilíndricos instalados en las paredes que permitían el abandono anónimo desde el exterior). Durante el siglo XVIII y XIX la exposición creció y aparecieron nuevas instituciones en todo el país.

No obstante, el periodo desde la mitad del siglo XIX hasta la guerra civil experimentó los cambios más dramáticos (ideológicos y prácticos) en cuanto al abandono infantil. Hemos repasado los importantes cambios ideológicos que estaban teniendo lugar en ese periodo y que contribuyeron a dar forma y dirigir la evolución del abandono infantil. Nos hemos centrado en tres ámbitos: la ideología y la gestión de la Beneficencia, el discurso y la práctica médica y el discurso de género.

La Beneficencia experimentó dos cambios fundamentales a lo largo de este periodo. Las sucesivas leyes de Beneficencia (1822 y 1849) desarticulaban el sistema asistencial del Antiguo Régimen a través de un periodo denominado la Acción Social. Pese a que esta legislación se implantó de manera simultánea a las transformaciones del mundo de la pobreza (incremento de la pobreza estructural y pauperización de las clases trabajadoras), su orientación no respondió a estos cambios, manteniendo los mismos objetos de atención, entre los que estaban los expósitos.

No obstante, la incapacidad del sistema para lidiar con los problemas sociales (conflictividad social, movimiento obrero, etc.) llevó a la concienciación de las clases altas de inevitabilidad de la intervención social en el último cuarto de siglo. La Comisión de Reformas Sociales en 1883 inició la investigación de las condiciones de vida de las clases populares y poco a poco se empezaron a poner en marcha las primeras

medidas de protección. Mujeres y niños, los grupos más afectados por la ley de la oferta y la demanda, fueron los primeros beneficiados por la legislación social.

El estamento médico convergió con moralistas, educadores, etc. en el interés alrededor de las vidas infantiles desde finales del siglo XIX. Inicialmente la preocupación se extendió a distintos aspectos de la infancia (trabajo, educación, reforma, etc.), aunque finalmente la mayor parte de sus esfuerzos se concentró en luchar contra la mortalidad infantil. En el discurso médico, la causa principal de la mortalidad era la falta o inadecuación de la lactancia materna, activamente responsabilizando a las madres de las muertes de sus hijos. Este discurso favoreció la situación de los expósitos ya que el rechazo frontal de la lactancia mercenaria acompañado de su regulación fue uno de sus objetivos principales. Así, la *Ley de Protección a la Infancia* de 1904 que pretendía proteger a la infancia en general, en realidad estaba fundamentalmente dedicada a regular la lactancia mercenaria. Y Sólo el *Reglamento* de 1908 (que concretaba la ejecución de la ley) consiguió aumentar algunas de las funciones del Consejo Superior de Protección a la Infancia, que era el organismo responsable de velar por los intereses infantiles. Dentro de la legislación social, se tomaron algunas medidas inspiradas por el estamento médico, como el seguro de maternidad, que tuvo que esperar hasta 1929. No obstante, los médicos también participaron en esa lucha contra la mortalidad infantil implicándose directamente en iniciativas como las *Gotas de leche* o *Consultorios de niños de pecho* para velar por la alimentación, que más tarde fueron convertidas en instituciones públicas.

Finalmente, el discurso sobre el papel de la mujer fue vital en las transformaciones de nuestro periodo y estuvo muy afectado por el discurso médico. A finales del siglo XIX, el ideal de mujer era el “ángel del hogar”, de origen religioso, que situaba la maternidad en el centro de la identidad femenina y planteaba la protección el honor como un fin en sí mismo. En la década de los 20 del siglo XX, el ideal de la “mujer moderna” preservó estas mismas características en su rol (división de esferas, división sexual del trabajo e identidad en la maternidad) pero cambió su fundamento, de la religión a la biología: la maternidad como destino supremo de la mujer. No obstante, se producía la paradoja de la sublimación de la maternidad paralela a desvalorización de su capacidad innata como madre para cuidar a sus hijos. Los facultativos debían guiar y enseñar a la madre a desarrollar su misión biológica adecuadamente. Estos cambios afectaron particularmente a la ideología sobre los expósitos ya que estuvieron detrás del cambio de consideración de la madre y el hijo ilegítimo: al principio, apoyaban la separación necesaria de madre e hijo, abandonando a éste en la Inclusa, para devolver a la mujer al camino de la honra; en la década de 1920 se empezó a disuadir del abandono porque el ejercicio de la maternidad en el hijo ilegítimo redimía a la madre de su falta.

La interrelación de estos tres discursos determinó la evolución del dispositivo asistencial hacia los expósitos. Frente al cierre de los tornos en toda Europa por el abuso que suponía el abandono de niños legítimos, en España se mantuvieron abiertos porque se consideraron indispensables para evitar los infanticidios. Adicionalmente, esta preocupación (además de la protección de la honra) llevó al establecimiento de Casas de Maternidades y de Expósitos donde no existían. Sobre este marco general, las instituciones individualmente decidieron si mantener funciones exclusivamente benéficas, rechazando a los legítimos, o asumir su papel asistencial como respuesta al incremento del abandono de niños legítimos.

A principios del siglo XX se empezó a cuestionar la función de estas instituciones tanto por su papel moral como por su elevada mortalidad. Por un lado, se reavivó el debate del torno y eventualmente se produjo su cierre en todas las Inclusas nacionales aunque el abandono siguió siendo libre, pese a que debía dejarse alguna información al abandono. Adicionalmente, se trató de crear Asilos maternos que permitieran a las mujeres dar a luz y cuidar a sus hijos durante una serie de meses, con objeto de limitar el abandono y ofrecer a las madres solteras la oportunidad de ejercer esa redención en la maternidad. Por otro lado, se llevaron a cabo las medidas para reducir la mortalidad expósita en todas las instituciones.

SUMMARY CHAPTER 2

The aim of this chapter has been to offer the historical and ideological context of infant abandonment. We have localized our period of study in the historical chronology it occupies and under the classifications used to its study and we have briefly described three key ideological discourses that contributed to the observed changes.

In section 2.1 we have gone over the different ways of conceptualizing infant abandonment through history. First of all, it was important to distinguish abandonment from infanticide in the moment of our study, as they represent acts very different in nature. Then, after illustrating Boswell, Bardet and Hunecke and Kertzer's classification of infant abandonment, we have stated our proposal to connect 20th century scholarship with classic literature, focused in the period prior to 1850. We think that it is important to study the history infant abandonment, paying special attention to the appearance of new uses. Besides the traditional reasons for abandonment (i.e. to hide dishonour), abandonment of a temporary nature and abandonment of legitimate children were an increasing constant from 18th century onwards, and it is important to address the analysis taking that into account.

In section 2.2 we have specifically addressed the evolution of infant abandonment in Spain. Abandonment in institutions during the Early Modern period continued the Middle Ages practice of abandonment in deserted places, which had substituted Antiquity's infanticides. The 1796 Royal Charter abolished the legalized anonymous abandonment (it abolished the longstanding penalty from Roman Law). This helped the extension of turning wheels (cylindrical devices installed in the walls of foundling hospitals that allowed anonymous abandonment from the outside). Abandonment grew during the 18th and 19th century and new institutions appeared across the whole country. The period from mid-19th century to the beginning of the Spanish Civil War was the moment in which infant abandonment experienced the most dramatic changes (ideological and pragmatic). We have outlined the most important ideological changes that were taking place in that period and that contributed to drive infant abandonment evolution. We have focused on three spheres: welfare ideology and management, medical discourse and practice, and gender discourse.

Welfare provision experienced two main changes in this period. Successive Welfare Laws (1822 and 1849) dismantled the Old Regime assistance system through a period of "Social Action". This legislation, although benefiting foundlings, was implemented simultaneously to transformations in the world of poverty (i.e. an increase of structural poverty and pauperization of the working classes), and failed to meet them, as it still addressed the same subjects. At the end of the 19th century, this inability to cope with modern social problems (i.e the workers' movement, and, in general, social conflict) led the uppers classes to realize that social intervention was unavoidable. In 1883, the Social Reforms Commission started research on the life of the working classes and the first measures started shortly afterwards.

Women and children, the groups more affected by the law of supply and demand, were the first benefitted by the new social legislation. From late 19th century doctors, together with moralists, educators, etc., converged in an interest on infant and child lives. Initially, their concerns extended to different aspects of infant lives (work,

education, reformation, etc.) but in the end most of efforts focused on fighting infant mortality. In medical discourse, the main cause of infant mortality was the lack or inadequacy of maternal breastfeeding and doctors actively blamed mothers for their children's deaths. This discourse helped foundlings' situation in the sense that it implied a straightforward rejection of mercenary breastfeeding. Accordingly, the Law for Infant Protection (1904), theoretically aiming at protecting infancy in general, in reality aimed at regulating mercenary breastfeeding. The 1908 Regulation (for the execution of the 1904 law) increased the functions of the Superior Council for Infant Protection (*Consejo Superior de Protección a la Infancia*), which was the higher body responsible to safeguard infant lives. Other measures, also inspired by medical discourse, were taken as part of the social legislation, for instance maternity insurance (although it would not be implemented until 1929). Doctors also played a part directly in the fight against infant mortality through private initiatives, such as the *Milk Depots* or *Small Children Dispensaries* to watch over infant feeding, that were later to become public institutions.

Changes in the discourse over the role of women were also key to the transformations undergone in this period by infant abandonment and also heavily influenced by the medical discourse. At the end of 19th century, the ideal of woman was "the angel in the house", founded on religion ideal in which maternity was at the centre of female identity and the protection of honour was its own goal. In the 1920s, the new ideal "the modern woman" maintained the same characteristics (division of spheres, sexual division of labour, and a maternity-centred identity) but changed its foundation from religion to biology: maternity as the biological supreme destiny of women. However, this discourse implied the paradox of maternity sublimation paralleled with underappreciation of her innate capability to care for her child. Doctors would guide and teach the mother how to carry out her biological mission properly. These changes affected the ideology about foundlings dramatically, in the sense that from initially favouring mother and child separation through abandonment, in order to let the mother return to the 'path of virtue', doctors started discouraging women from abandonment, because exercising maternity over their illegitimate child, women could redeem their mistake.

The interconnection of these three discourses determined the evolution of the assistance towards foundlings. In mid 19th century, while other European countries were closing their turning wheels (because the increase in legitimate abandonments was perceived as an abuse of the system), in Spain they remained open, as they were considered the key to avoid infanticide. Moreover, this concern, on top of the need for the protection of virtue, led to the establishment of new maternity and foundling hospitals where there were none, following both Welfare laws. Under this general situation, institutions individually decided whether they kept charity functions, rejecting legitimate children, or they assumed additional assistance functions, accepting them.

At the beginning of the 20th century, the role of these institutions started to be challenged both from a moral perspective and because of the incidence of an extreme mortality. The debate over the closure of the wheel was revived and eventually all wheels were closed: abandonment was still free, but it required leaving maternal (or parental) information at the institution. This change was accompanied by another in the management of illegitimate infancy: numerous voices claimed against the separation of mothers and babies, proposing instead the construction of maternal homes where single

mothers could exercise redemption through maternity. Additional general measures aimed at reducing foundling mortality inside the institutions were also taken.

CAPÍTULO 3. MADRID, 1890-1936: SOCIEDAD Y DEMOGRAFÍA

Las transformaciones de los distintos discursos y políticas descritas en el capítulo anterior y que determinaron en gran medida la evolución del concepto y características del abandono infantil desde finales del siglo XIX no fueron hechos aislados. Como muchos otros cambios que se estaban produciendo en ese momento, estaban estrechamente ligados al proceso general de modernización que estaba recorriendo no sólo España sino también el resto de Europa. Este proceso que, de forma general podemos denominar modernización, afectaba a todos los ámbitos de la vida: la economía, la sociedad y la demografía.

No obstante, las distintas regiones españolas durante todo el siglo XIX se vieron envueltas en un proceso de especialización productiva regional que estableció claras diferencias en el ritmo y tipo de cambios en sus sociedades, proceso en el que las ciudades fueron pioneras. Al tiempo que se incrementaba la población con nuevos inmigrantes venidos del campo, las ciudades cambiaban en todos los aspectos posibles (su morfología, su estructura, las conductas de los propios habitantes, su economía) al hilo de las nuevas ideas, nuevas relaciones laborales, nuevas ideologías y, en general, nuevas formas de vida²³⁶.

Las casas de expósitos y de maternidad, de adscripción urbana, estuvieron en el centro de estas transformaciones pero, dada la autonomía de las Diputaciones, las distintas instituciones respondieron de forma individual a las particularidades sociales y demográficas locales. Así, nuestro objetivo no ha sido analizar de forma novedosa la posición de Madrid sino destacar los aspectos que nos permiten entender mejor la posición y evolución de la Inclusa. Para ello, hemos hecho un breve repaso de tres aspectos fundamentales de su inserción en las dinámicas de la ciudad: el marco general de las transformaciones, las interacciones entre la demografía de la ciudad y la Inclusa, y el contexto asistencial en el que se insertaba ésta.

En un primer lugar, hemos abordado la transformación general de la ciudad al hilo al hilo de los grandes cambios: el crecimiento económico, la urbanización y la estructura productiva. En segundo lugar, hemos abordado la dinámica demográfica no tanto en su contribución al desarrollo económico de la ciudad sino en cuanto a su estrecha relación con la dinámica de la Inclusa.

Y en tercer lugar, hemos completado este capítulo con una breve reseña a un aspecto que nos permite entender cómo la específica configuración de la ciudad determinaba la función de la Inclusa: el contexto asistencial de la ciudad, hemos trazado, que nos ha informado de las escasas e insatisfactorias opciones que la ciudad ofrecía a la masa de mujeres necesitadas, poniendo de manifiesto los huecos en la asistencia en la ciudad, que dieron lugar al específico recurso a la Inclusa por las mujeres residentes en Madrid.

²³⁶ OTERO CARVAJAL, L. E.: “Las ciudades en la España de la Restauración, 1868-1939”, comunicación presentada en las *VII Jornadas Investigación de Castilla La Mancha sobre investigación en archivos. España entre Repúblicas 1868-1939*, Guadalajara, 2005, págs.24-28.

3.1. MADRID, ESCENARIO DE TRANSFORMACIONES

La historiografía sobre Madrid tradicionalmente ha asumido la imagen de una ciudad atrasada, todavía anquilosada en las prácticas y economía preindustrial hasta bien entrado el siglo XX pero, recientemente, se ha tratado de rehabilitar la imagen de ese Madrid arcaico y destacar los elementos de modernidad de la ciudad que permiten entender su situación en paralelo a la de otras ciudades europeas. De esta historiografía surge la imagen de un Madrid con un gran dinamismo económico, demográfico y social producido por motores distintos de la capacidad industrial o comercial. Su papel como espacio de articulación de los espacios económicos nacionales, nudo de comunicaciones y centro de servicios y decisiones no parece muy distinto del que ejercieron las grandes metrópolis europeas²³⁷.

Los cambios se habían iniciado desde mediados del siglo XIX pero ya en el momento de la Restauración según Bahamonde y Otero “Madrid experimenta profundas transformaciones que recorren todas las esferas de la sociedad, desde las estructuras hasta los comportamientos sociales, culturales y políticos, pasando por las modalidades del conflicto social y los cambios del modelo económico”²³⁸. Más tarde, durante la República, la ciudad desempeñó su función de capital política con la intensidad que requería ese periodo excepcional, dadas la profundidad de las reformas y la participación del pueblo en las actividades públicas²³⁹.

Para nuestros objetivos, no obstante, sólo hemos descrito algunos de los aspectos más relevantes de estos cambios para ubicar la ciudad en el contexto cronológico e histórico²⁴⁰. Por ello, nos hemos centrado en este primer epígrafe en una caracterización general de la evolución de Madrid en el primer tercio del siglo XX en cuanto a su crecimiento económico, urbanístico y, en particular, en las consecuencias de los cambios para las clases trabajadoras, dejando para el siguiente una referencia más extensa al crecimiento demográfico.

El crecimiento de la economía de servicios madrileña se ha relacionado con tres factores: el tamaño de la ciudad, la capitalidad política y la capitalidad económica. En primer lugar, la llegada de inmigrantes a la ciudad se producía a causa de la expulsión de las áreas rurales, cuyo número determinó la necesidad de expandir el área de la ciudad construible y puso en marcha grandes proyectos de urbanización, primero en el

²³⁷ Prólogo de L.E. Otero en CARBALLO BARRAL, B., PALLOL TRIGUEROS, R., y VICENTE ALBARRÁN, F.: *En Ensanche de Madrid. Historia de una capital*, Editorial Complutense, Madrid, 2008, pág.15.

²³⁸ BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E.: “Quietud y cambio en el Madrid de la Restauración” en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. (Ed.), *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, Alfoz, Madrid, 1989, pág.22

²³⁹ FERNÁNDEZ GARCÍA, A., BAHAMONDE MAGRO, Á., y MARTÍNEZ, J. A.: “La evolución política de Madrid, 1900-1994” en FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (Ed.), *Historia de Madrid*, Editorial Complutense, Ayuntamiento, Madrid, 1994, pág.610

²⁴⁰ No podemos aquí hacer una revisión exhaustiva de la historiografía madrileña sobre el periodo pero cabe señalar entre los trabajos colectivos una serie de publicaciones: BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E., (eds.): *Madrid en la sociedad del siglo XIX*, 2 vols, Consejería de Educación. Secretaría General Técnica, Revista ALFOZ y C.I.D.U., Madrid, 1986; BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E., (eds.): *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, 2 vols Alfoz-Comunidad Autónoma de Madrid-UCM, Madrid, 1989; y FERNÁNDEZ GARCÍA, A., (ed.): *Historia de Madrid*, Editorial Complutense, Ayuntamiento, Madrid, 1994 así como el número monográfico sobre Madrid hacia 1900 de la revista Arbor (2001).

casco viejo y luego en los Ensanches. Esto influyó en que el sector inmobiliario y de la construcción pasaran a desempeñar en Madrid las funciones de la industria. Al hilo del crecimiento de la población, su extensión en el territorio y el proceso de renovada atracción a la ciudad (no sólo acogiendo a los expulsados de las áreas rurales sino a individuos atraídos por el floreciente negocio de la construcción), se incrementó la demanda en cantidad como en calidad de las viviendas ya desde mitad del siglo XIX.

En segundo lugar, la capitalidad política ejerció su propio efecto de atracción. Con la necesaria instalación del Estado Liberal y la creación y ampliación de las dependencias administrativas y ministeriales en la ciudad, se consolidó la caracterización de Madrid como una ciudad de servicios. Políticos, funcionariado, clero pero también militares se establecieron en Madrid, así como un elevadísimo número de personas dedicadas a la servidumbre, que hacían de la ciudad el mercado laboral de servicios más diversificado de la península.

Y, en tercer lugar, Madrid se erigió como capital financiera, convirtiéndose en el árbitro del sistema de especialización económica industrial regional. Por un lado, su papel central en la red de comunicaciones jugaba a su favor, convirtiéndola en el lugar de paso. La regularización y construcción de nuevas estaciones y trayectos completó una tupida red ferroviaria para principios del siglo XX, cuyo centro era Madrid, que también ocupaba el lugar central en las telecomunicaciones, con la instalación paulatina del telégrafo. Por otro lado, la sede de las empresas nacionales se había establecido en Madrid, consolidando ya desde principios del siglo XX su posición como centro financiero nacional, con el Banco de España erigiéndose en prestamista de la industria²⁴¹.

El hecho de que los sectores fundamentales detrás del crecimiento de la ciudad fueran la construcción y el sector servicios ha hecho a algunos autores sugerir una visión de Madrid como ciudad consumidora y no productora. Por un lado, la construcción era la “industria” de la ciudad pero sólo respondía a la demanda interior; por otro, el sector servicios podría verse destinado exclusivamente a la satisfacción de necesidades internas. No obstante, el peso del sector terciario estaba necesariamente justificado por ese papel económico que hemos descrito. El sector fue cambiando en su configuración, de forma que la parte relacionada con las finanzas fue creciendo hasta adquirir el mayor peso. Por otro lado, con el paso del tiempo, distintos esfuerzos industriales surgieron en la ciudad, no comparables a las grandes fábricas del norte, pero sí ocupando a centenares de empleados en ámbitos como la impresión, las industrias químicas, etc.

Así, pese a que algunos rasgos aun sugieran una imagen de la ciudad bastante tradicional, otros apuntan hacia importantes cambios que llevaban a la ciudad hacia su versión particular de la modernización anclada en sus propias particularidades históricas. Si el peso de la capital imperial y la incapacidad de entrar en el primer proceso industrial por su incapacidad de acceder a recursos en sus cercanías habían retrasado su incorporación al proceso general, su entrada en ella llegó de la mano de las características que la hacían única, la capitalidad política y económica.

²⁴¹ NIELFA CRISTÓBAL, G.: “Madrid en la crisis finisecular” en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. (Ed.), *Madrid en la sociedad del siglo XIX*, Consejería de Educación. Secretaría General Técnica, Revista ALFOZ y C.I.D.U., Madrid, 1986.

Pese a la falta de industrialización inicial, ese retraso no impidió el inicio del primer proceso de urbanización, que cambió la fisonomía de la ciudad, convirtiéndose en elemento atractor de población de los alrededores. Así, el negocio de la construcción, que había estado floreciendo durante las décadas anteriores en el casco antiguo, experimentó una explosión con la creación de los Ensanches. Dada la escasez de suelo en la capital, el proyecto de Ensanche de la ciudad para canalizar su crecimiento, le fue encomendado a Carlos María de Castro en 1857²⁴².

Presentado y aprobado en 1860, este proyecto pretendió dar respuesta a las necesidades de crecimiento de la ciudad mediante la construcción de barrios de nueva planta, adecuados a las necesidades de la vida urbana. Según el pensamiento de Castro, el valor de las suelos determinaría los usos futuros: la zona del sur, donde ya existían las no tan deseables áreas de Rastro y Lavapiés, era un terreno lleno de desniveles que dificultaba la construcción, por lo que mantendría su ocupación por las clases populares; la zona más acomodada al este, en las inmediaciones de la Fuente Castellana, albergaría a la aristocracia y clases medias; por último, en el norte se establecería un barrio fabril, ya que ahí se habían ido instalando algunas industrias²⁴³. Desde 1869, con el fin de las limitaciones constructivas y el derribo de las cercas, se inició una verdadera explosión de construcciones inmobiliarias. La construcción se consolidó como el negocio floreciente de Madrid aunque no sirvió para crear fortunas sino para consolidarlas²⁴⁴.

Los distritos del Ensanche crecieron, llenándose de nuevos pobladores. Para gestionar este crecimiento a través de unidades territoriales de dimensiones similares, en 1902 el ayuntamiento reorganizó los distritos (con un proyecto elaborado en 1892), dejando 10 distritos con 10 barrios. A pesar de esta medida, los dos distritos interiores (Centro y Hospicio) no pudieron seguir el rápido crecimiento del resto, por la saturación de su espacio, e incluso empezaron a perder población hacia 1900²⁴⁵.

El crecimiento, no obstante, no se restringió a los espacios que se habían destinado para él, desbordando los límites municipales. Hacia 1905 el Extrarradio (el área contenida entre el Ensanche y el fin del municipio) estaba en pleno crecimiento dado el fracaso parcial de la idea del Ensanche y a partir de 1928 el crecimiento de la ciudad se concentró entre esa zona y los municipios aledaños. De hecho, ya desde 1870 se había

²⁴² Real Decreto de 8 de Abril de 1857, publicado en la Gaceta el 14 de Abril de 1857. PALLOL TRIGUEROS, R.: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 2009, pág.51. Uno de los trabajos más importantes para el estudio de todo el proceso de El Ensanche y el Plan Castro se puede encontrar en BONET CORREA, A., (ed.): *El Plan Castro*, COAM, Madrid, 1978.

²⁴³ El desarrollo demográfico y social de estos barrios está siendo desarrollado por miembros del Grupo de Investigación *Historia de Madrid en la edad contemporánea*, dirigido por L.E.Otero Carvajal. En 2009 se defendió la tesis doctoral que cubría el estudio de 1860 a 1931 del Ensanche Norte, PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*. Y otras dos tesis están en elaboración, correspondientes a las otras dos zonas del Ensanche, cuyos resultados preliminares para el estudio del periodo 1860-1880 han sido presentados en dos trabajos académicos de Tercer Ciclo: VICENTE ALBARRÁN, F.: “Los albores del nuevo Madrid: el distrito de Arganzuela (1860-1878)”, *Trabajo Académico de Tercer Ciclo defendido en el Departamento de Historia Contemporánea*, 2006; y CARBALLO BARRAL, B.: “Los orígenes del Moderno Madrid: El Ensanche Este (1860-1878)”, *Trabajo Académico de Tercer Ciclo defendido en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid*, 2007.

²⁴⁴ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, págs.85-90.

²⁴⁵ NIELFA CRISTÓBAL: “Madrid en la crisis finisecular”, págs.265-267.

documentado el crecimiento de los municipios de los alrededores de Madrid: Chamartín de la Rosa, Vallecas, Los Carabancheles, Fuencarral, etc. Dada la permanente especulación con el terreno, se frustró el ideal de construir casas baratas para los obreros, forzando a la necesaria urbanización a ocupar espacios alternativos²⁴⁶.

La transformación de la escala de la ciudad al tiempo que se creaban los Ensanches y se construía lejos del centro de la ciudad, requirió el desarrollo de los primeros transportes terrestres, aunque con unos 20 años de retraso con respecto al resto de ciudades europeas²⁴⁷. Las líneas de tranvías arrastrados por mulas sustituyeron a los ómnibus a finales del siglo XIX y entre 1898 y 1901 se electrificaron²⁴⁸. No obstante, el salto cualitativo en el transporte en la ciudad se produjo con la inauguración en 1919 de la primera línea de metro que conectaba un área obrera con el centro de la ciudad, con el centro, Cuatro Caminos-Sol²⁴⁹. Posteriormente, se extendió a otros lugares, como Puente Vallecas, Ventas, Embajadores. Y durante la República finalmente se diseñó un esquema ferroviario plenamente integrado en la ciudad y proyectado por la periferia que finalmente dio a Madrid el tipo de estructura que necesitaba²⁵⁰.

Estas transformaciones afectaron la vida de todos los habitantes de la ciudad, cambiando la visión del mundo de los oficios, la fisonomía y los hábitos de vida pero, para nuestros objetivos, nos hemos centrado particularmente en la lucha entre la pervivencia y el cambio de las clases populares. Se trataba de aquella parte de la población que, por su posición en la ciudad, era más vulnerable a los problemas que conllevaban estas radicales transformaciones y que, potencialmente, estaba más expuesta a tener que recurrir a recursos de la Beneficencia.

Las clases populares durante el siglo XIX, entendidas como aquellas en la parte inferior de la pirámide social, conformaban un heterogéneo grupo caracterizado por la subordinación económica y social al resto de clases. Se distinguían cuatro sectores diferenciados en su composición: servicio doméstico, trabajadores sin cualificar denominados genéricamente jornaleros (aunque no necesariamente tenían que estar vinculados a tareas agrarias), el mundo de los oficios y el pequeño mundo comercial urbano²⁵¹.

Las estabilidad social determinada por las relaciones de subordinación entre estos sectores y las capas dominantes se mantuvo inalterada (salvo en puntuales ocasiones) hasta finales del siglo XIX, momento en el que nuevos acontecimientos alteraron la vida urbana. La continua atracción poblacional de la ciudad y su incapacidad para dar empleo a todos los recién llegados, produjo la aparición de una importante masa de

²⁴⁶ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, págs.432 y 560.

²⁴⁷ GÓMEZ MENDOZA, A.: "Ferrocarril, abastecimientos y mercado nacional: Madrid, 1875-1931" en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. (Ed.), *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, Alfoz Comunidad Autónoma de Madrid UCm, Madrid, 1989, págs.353-354.

²⁴⁸ VALENZUELA RUBIO, M.: "Transporte y estructura metropolitana en el Madrid de la Restauración. Historia de una frustración" en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. (Ed.), *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, Alfoz Comunidad Autónoma de Madrid UCm, Madrid, 1989.

²⁴⁹ NIELFA CRISTÓBAL: "Madrid en la crisis finisecular".

²⁵⁰ VALENZUELA RUBIO: "Transporte y estructura metropolitana en el Madrid de la Restauración. Historia de una frustración", págs.395-397.

²⁵¹ BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E.: "Madrid, de territorio fronterizo a región metropolitana" en FUSI, J. P. (Ed.), *España. Autonomías*, Espasa Calpe, Madrid, 1989.

jornaleros dedicados a trabajos temporales o eventuales, incapaces de asegurar el sustento diario para sus familias. El sector de la construcción fue el que absorbió la mayor parte de estos jornaleros, que son la figura típica del mercado de trabajos manuales madrileño a finales del siglo XIX. Precisamente, su precariedad laboral (su necesidad de sustento o de complementar el salario) los llevaba a recurrir al desempleo de cualquier tipo de empleo.

Este comportamiento laboral de la población jornalera contribuyó significativamente, aunque no exclusivamente, al progresivo deterioro del mundo tradicional de los oficios que se estaba produciendo. Las dificultades de la continuación de la carrera tradicional de los oficios en la cambiante sociedad madrileña y la reducción y estancamiento del número de pequeños negocios también contribuyeron a esta situación²⁵².

A semejanza de lo que ocurría en otras ciudades de tipo industrial, en Madrid los escasos salarios de los trabajadores y los elevados alquileres situaban una importante proporción de las clases populares en el límite de la miseria, en viviendas insalubres, en situación de completa vulnerabilidad sanitaria y económica y a un paso del recurso a la siempre insuficiente beneficencia. Así, los jornaleros se unieron a la permanente capa de individuos implicados en la mendicidad y la marginalidad en el recurso a la beneficencia y a la caridad, que se vieron desbordadas e incapaces de responder ante esta demanda. Entre estas capas, jornaleros y artesanos, encontramos a la mayoría de madres y padres de los niños abandonados. El intento de mantener el tradicional esquema de la beneficencia como manera de limar los aspectos más duros del capitalismo y mantener la paz social, entre los que situamos las intervenciones a las que hemos hecho referencia en el capítulo anterior, era imposible²⁵³.

El otro gran grupo de importancia entre los trabajadores urbanos y relevante para nuestros objetivos es el de la servidumbre, que implicaba a la otra gran parte de las mujeres recurriendo a la Inclusa. Desde siglos anteriores el mercado laboral del servicio en Madrid había sido el sector más diversificado y dinámico de todo el país y se trataba de la profesión que tradicionalmente implicaba a un mayor número de mujeres. En Madrid, durante este periodo la población femenina consolidó su implicación en el trabajo extra-doméstico. Pese al ideal burgués del hombre como el único proveedor de la unidad familiar, para las familias de las clases populares, la contribución del salario materno era muchas veces imprescindible, a través del trabajo a domicilio o del trabajo extra-doméstico. Además, pese a la importante cantidad de familias inmigrantes que emprendían el proyecto migratorio conjunto, existía un elevado número de mujeres solteras que también buscaron suerte en la ciudad y que se insertaban directamente en el servicio doméstico o en otras ocupaciones del sector terciario.

En Madrid se documenta una participación laboral mucho más elevada que en otras áreas del territorio nacional, incluso mayor que en Barcelona²⁵⁴. El 20% de las mujeres residentes en la ciudad reportaban un empleo extra-doméstico en el censo de 1900, con un mínimo incremento en las tres primeras décadas de siglo (21,21% para

²⁵² PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, págs.379-380.

²⁵³ BAHAMONDE MAGRO y OTERO CARVAJAL: "Madrid, de territorio fronterizo a región metropolitana".

²⁵⁴ CAPEL MARTÍNEZ: *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*, pág.70.

1930). No obstante, esta reducida cifra no significa necesariamente que sólo 1 de cada 5 mujeres tuviera un trabajo complementario fuera del hogar ya que las rígidas clasificaciones censales no necesariamente recogían la experiencia diaria del trabajo informal, a domicilio, eventual, etc²⁵⁵.

Estructuralmente, el panorama de las ocupaciones específicas a las que se dedicaban las mujeres en la ciudad de Madrid experimentó notables cambios entre 1900 y 1930. Existía un predominio del servicio doméstico sobre todas las ocupaciones realizadas por mujeres, con casi tres cuartas partes del total. Con el paso del tiempo, se aprecia el crecimiento de otras profesiones dentro del sector servicios, como las profesiones liberales y los trabajos administrativos vinculados a la profunda transformación que estaba experimentando el mercado laboral durante el primer tercio del siglo XX²⁵⁶.

En cuanto al calendario laboral, las edades productivas no respondían a la situación general para España. La edad de máxima ocupación era mucho más joven entre las mujeres residentes en Madrid tenían que entre el resto de las españolas (16-20 años frente a 25-30), la etapa previa al matrimonio, y, además, englobaba un porcentaje mayor del total de mujeres empleadas, (30%). No obstante, la distribución según estado civil concordaba: las tasas de ocupación eran mayores entre las mujeres solteras, seguidas de las viudas y luego las casadas²⁵⁷ aunque la tasa de ocupación de las solteras en Madrid era mucho mayor que la media nacional.

Así, el siglo XX vio la mejora de la situación de la mujer (en términos de representación política, acceso a la enseñanza, protección en la maternidad e incorporación al mercado laboral), así como su cambio de consideración (como hemos visto en el capítulo anterior), la realidad de las vidas de las mujeres de las clases populares se vio también alterada al registrarse el incremento en su participación en el mercado laboral.

Podemos concluir, por tanto, que Madrid desempeñó durante el periodo entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX un papel único en la geografía nacional no muy distinto de sus correspondientes europeas pero con una configuración específica, como ciudad de servicios. Eso creó una morfología urbanística y social particular que conjugó el crecimiento acelerado de la población, la extensión urbana y la consiguiente pauperización de importantes sectores de la población cuyas necesidades no podían –ni, inicialmente, querían ser cubiertas- por el Estado pero poco a poco fueron teniendo en cuenta tanto en el discurso como en la política. Como centro económico, político desarrolló todo un aparato institucional que atrajo funcionarios, nobles y burgueses para el trabajo burocrático o las finanzas. Pero como centro cultural y científico, sus universidades y ámbitos de cultura también trajeron las últimas

²⁵⁵ Diversos autores han reflexionado sobre la conceptualización y cuantificación del empleo femenino pero se trata de un tema muy complicado por la marginalidad de la presencia femenina en las fuentes así que la utilización de los datos censales es una de los acercamientos a la cuantificación a nivel de la ciudad que se puede hacer. Una de las más recientes aportaciones para la ciudad de Madrid es el trabajo de Del Amo para la segunda mitad del siglo XIX. DEL AMO DEL AMO: *La familia y el trabajo femenino en España durante la segunda mitad del siglo XIX*.

²⁵⁶ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, págs.541-588.

²⁵⁷ CAPEL MARTÍNEZ: *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*, págs.58-61.

novedades médicas y reformistas. Y como centro benéfico, concentró instituciones de todos los niveles, ofreciendo una amplia oferta asistencial.

3.2. LA INCLUSA Y LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA MADRILEÑA

Todo el proceso de modernización económica, extensión de la urbanización y mejora de infraestructuras que describe el cambio de la ciudad de Madrid fue paralelo al crecimiento poblacional de la ciudad. Éste se produjo por la aportación de la migración y las transformaciones en la fecundidad y la mortalidad. No obstante, ni disponemos del espacio ni es el objetivo prioritario de nuestra investigación abordar la dinámica demográfica de la ciudad de Madrid que, por otra parte, ha sido abordada en mayor detalle por otros autores²⁵⁸.

Nuestro objetivo es poner de manifiesto la característica relación entre la demografía madrileña y la Inclusa, que tenía dos sentidos. Por un lado, las características propias de la ciudad tenían un efecto claro en el tipo de recurso que se hacía a la Inclusa. Los niveles de fecundidad así como la ilegitimidad afectaban al número de niños que podían ser enviados a la Inclusa (si consideramos que los niños ilegítimos eran el contingente principal de expósitos), la mortalidad propia de la ciudad ofrecería la base de riesgos a los que estarían expuestos los niños abandonados y las características y el número de las mujeres migrantes que se encontraban en situación de tener un hijo no deseado determinarían cuántas de ellas potencialmente podían recurrir a la Inclusa.

Por otro lado, las características de la Inclusa también influyeron en la imagen y, hasta cierto punto, en las dinámicas de la ciudad. Los nacimientos y defunciones institucionales han de tenerse en cuenta como casos especiales pero específicos del ámbito urbano, que deben ser entendidos en relación pero con independencia de la propia dinámica de la ciudad dado que pueden sesgar nuestra visión de la misma. La institución era un foco de atracción de mujeres o familias tanto del ámbito urbano como de su *hinterland* por lo que no se puede olvidar la potencial contribución a dinámicas específicas que se podían reflejar en las estadísticas urbanas sin responder necesariamente a procesos urbanos.

Así, hemos abordado el crecimiento de la población y los tres eventos demográficos que contribuían a éste secuencialmente, centrándonos exclusivamente en los aspectos que nos permiten ilustrar la situación de la ciudad y la doble relación de influencia entre la ciudad y la institución. Para ello, hemos introducido algunas medidas

²⁵⁸ Entre los trabajos sobre la ciudad realizados a través de datos agregados es inevitable citar los pioneros estudios demográficos del profesor A. Fernández como punto de partida: FERNÁNDEZ, A.: “La sociedad madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico” en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. (Ed.), *La sociedad madrileña durante la Restauración* Alfoz, 1989 así como FERNÁNDEZ GARCÍA, A.: “Modelo demográfico y problemas sanitarios” en *Arbor* nº 666, 2001) y es de destacar la última monografía dedicada al tema que contiene información sobre la ciudad: CAMPO URBANO, S., (ed.): *La población de la Comunidad de Madrid*, Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid, Madrid, 2010. Diversos esfuerzos han abordado aspectos particulares de la demografía madrileña a los que nos hemos dedicado en los siguientes apartados: mortalidad, fecundidad, migraciones, etc. CARBAJO ISLA, M. F.: “La inmigración a Madrid (1600-1850)” en *REIS* nº 32, 1985, GÓMEZ REDONDO, R.: “El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970” en *REIS* nº 32, 1985.

y conceptos de la demografía para tratar de profundizar sobre cuestiones que puedan arrojar luz sobre las relaciones entre Inclusa y la demografía de la ciudad.

Pese a que la mejor comprensión de las dinámicas se podría obtener a través de datos individuales longitudinales a lo largo de un periodo de tiempo, a semejanza de los esfuerzos europeos²⁵⁹, dada la falta de disponibilidad de ese tipo de fuentes²⁶⁰, hemos recurrido a un análisis de la evolución de la ciudad a través de datos agregados, incorporando tan sólo una perspectiva crítica para poner de manifiesto esta doble relación ciudad-institución.

3.2.1. EL CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO DE LA CIUDAD DE MADRID

Madrid, como cualquier otra ciudad española a principios del siglo XX, no figuraba entre las ciudades europeas más pobladas pero era la ciudad más poblada en el ámbito nacional. A pesar de un inicio tardío y su falta de industrialización, Madrid experimentó un crecimiento excepcional²⁶¹. En 1887 la ciudad, tras haber ampliado su término con el municipio de la Alameda, se encontraba en pleno crecimiento, habiendo iniciado ya su plan de Ensanche, con una población de 470.283 habitantes. En 1931, las dinámicas iniciadas casi medio siglo antes se habían consolidado y la ciudad había doblado su población, habiendo alcanzando los 952.832 habitantes.

Todo ese crecimiento se produjo dentro del propio municipio pese a que las áreas aledañas también estaban creciendo. Como se puede ver en el gráfico 3.1, frente a la colmatación del municipio de Madrid, el crecimiento de la otra gran ciudad española, Barcelona, se produjo mediante la incorporación de municipios, fenómeno que sólo ocurrió en Madrid después de 1940. Pese a la imagen de crecimiento progresivo, éste no fue monotónico, pudiendo diferenciarse varias fases de crecimiento.

Tradicionalmente la historiografía madrileña ha utilizado el criterio de medir el nivel de auto-sustentación de la ciudad, es decir, el crecimiento vegetativo para estudiar

²⁵⁹ Por el momento, sólo se dispone de información a nivel individual sobre stocks de población para los tres distritos del Ensanche gracias al magnífico trabajo que el grupo del profesor Otero ha realizado en la comprensión de la sociedad y demografía madrileña a través de sus proyectos doctorales (VICENTE ALBARRÁN, F.: “Pauperismo, pobres y asistencia domiciliaria en el Ensanche sur de Madrid (1878-1910)”, comunicación presentada en el *Congreso Modernizar España. 1898-1914. Proyectos de reforma y apertura internacional en torno a la Conferencia de Algeciras*, Madrid. Departamento de Historia Contemporánea de la UCM, 20-22 Abril, 2006; y CARBALLO BARRAL, B., PALLOL TRIGUEROS, R., y VICENTE ALBARRÁN, F.: “Hacia una ciudad segregada. Rasgos comunes y diferenciales del primer desarrollo del Ensanche Madrileño en sus tres zonas (1860-1880)”, comunicación presentada en el *Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Maó, Menorca, 31 de mayo-2 de junio de 2007, 2007), tesis doctorales (PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*,) y publicaciones posteriores (entre ellas, CARBALLO BARRAL, PALLOL TRIGUEROS, y VICENTE ALBARRÁN: *En Ensanche de Madrid. Historia de una capital*).

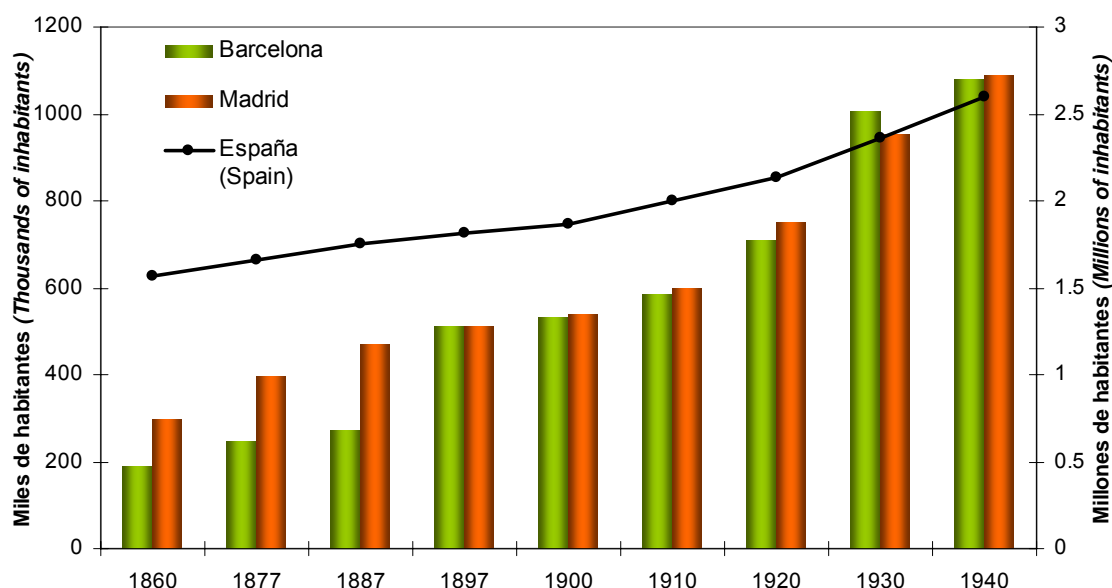
²⁶⁰ El grupo del CSIC dirigido por Diego Ramiro está envuelto en la construcción de una base de datos de ese tipo para la ciudad, enlazando eventos vitales y datos padronales pero, hasta el momento, sólo se han desarrollado análisis sobre la mortalidad. GARCÍA FERRERO, S.: “La gripe de 1889-90 en Madrid”, en *Trabajo de Fin de Máster defendido en el Departamento de Sociología II*, 2010, OEPPEN, J., RAMIRO FARIÑAS, D., y GARCÍA FERRERO, S.: “Estimating Reproductive Numbers for the 1889-90 and 1918-20 Influenza Pandemics in the city of Madrid.” comunicación presentada en el *European Social Science History Conference*, Gante, Bélgica, 13-16 Abril, 2010).

²⁶¹ FERNÁNDEZ: “La sociedad madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico”, págs.30-32.

la evolución demográfica. De esta lectura, se desprende una imagen de Madrid anclado en un sistema demográfico antiguo casi hasta los años 20. Según Fernández el crecimiento vegetativo mide la capacidad/incapacidad de crecimiento biológico²⁶² de la ciudad dado que es “el indicador clave (...) que traduce las difíciles condiciones de vida de parte de la población”²⁶³ y a través de su evolución se puede dividir la evolución de la población madrileña en tres etapas: 1870-1902, 1902-1920 y 1920 en adelante. Esta premisa sigue el modelo clásico del decrecimiento natural de las ciudades, que entiende que el crecimiento de las ciudades se producía gracias al aporte migratorio del área rural dada la incapacidad de auto sustentación de la propia ciudad.

Gráfico 3.1. Crecimiento poblacional de Madrid y Barcelona comparado con el de España, 1860-1940.

[Graph 3.1. Population growth of the cities of Madrid and Barcelona compared to Spain, 1860-1940].



Nota: el término municipal de Barcelona experimentó ampliaciones al incorporarse municipios entre 1887 y 1897 (Corts, Gracia, San Andrés del Palomar, San Gervasio de Cassolas, Sans y San Martín de Provensals), entre 1900 y 1910 (Horta) y entre 1920 y 1930 (Sarrià) mientras que el de Madrid no sufrió ninguna ampliación hasta después de 1940. Fuente: Censos 1860-1940, INE. Elaboración propia.

[Note: the municipality of Barcelona was extended between 1887 and 1897(Corts, Gracia, San Andrés del Palomar, San Gervasio de Cassolas, Sans and Sant Martín de Provensals), between 1900 and 1910 (Horta) and between 1920 and 1930 (Sarrià) while Madrid did not experiment any extension before 1940. Source: Census 1860-1940, INE. Own elaboration].

Los primeros años del siglo forman parte del ciclo demográfico antiguo (1870-1902), caracterizado por el crecimiento vegetativo negativo en la mayor parte de los años y la presencia tanto de elevadas tasas de mortalidad infantil como de embates epidémicos, dado que aún se estaba en las etapas muy incipientes de descenso de la mortalidad infantil, que no habían llegado a producir cambios en la tasa bruta. El crecimiento aparece ligado a la migración.

Durante los años centrales del periodo (1902-20), describe un ciclo de transición caracterizado por crecimiento vegetativo positivo en un mayor número de años debido al continuado descenso de la mortalidad y a la limitación del efecto de las crisis epidémicas (pese al enorme impacto de la gripe de 1918). Esta evolución desembocó desde 1920 en el ciclo demográfico moderno, que se extendió durante la década de los

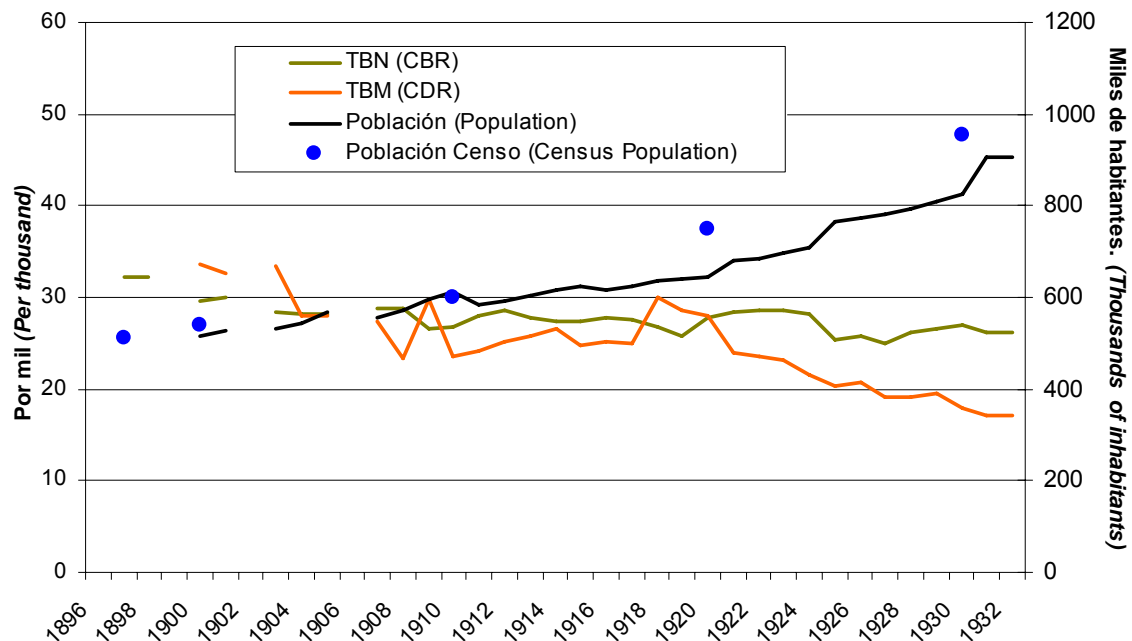
²⁶² Ibid., pág.32.

²⁶³ FERNÁNDEZ GARCÍA: “Modelo demográfico y problemas sanitarios”, pág.324.

20 y 30, caracterizado por el distanciamiento de la natalidad con respecto a la mortalidad y un crecimiento vegetativo positivo²⁶⁴. Tanto la autosustentación de la ciudad como la migración contribuyeron al crecimiento.

Gráfico 3.2. Tasa bruta de natalidad (TBN), tasa bruta de mortalidad (TBM) y población de Madrid, 1897-1931.

[Graph 3.2. Crude Death Rate (CDR), Crude Birth Rate (CDR) and population of Madrid, 1897-1931].



Fuente: cifras reportadas por el *Anuario Estadístico* (1897-1899) y la *Estadística Demográfica* publicada por el Ayuntamiento de Madrid (1900-1931). Elaboración propia.

[Source: data reported by the *Statistical Yearbook* (1897-1899) and the *Demographic Statistics* of the city of Madrid (1900-1930). Own elaboration].

Pese a que esta periodización describe de forma sencilla la evolución de la ciudad, presenta dos problemas. Por un lado, no acaba de capturar los cambios fundamentales en la transformación de la demografía madrileña, al agregar todos los cambios en el crecimiento vegetativo. Por otro lado, obvia la posibilidad de un comportamiento demográfico diferencial entre los inmigrantes y los nativos de la ciudad sugerida por Sharlin en su modelo de la migración urbana, que sostenía que precisamente ése era el factor responsable de la “incapacidad de mantenimiento de las ciudades”. Según este autor, el crecimiento vegetativo negativo de la población urbana se producía por las dificultades de contraer matrimonio y tener descendencia de la población inmigrante en comparación con el crecimiento vegetativo positivo de los nativos de la ciudad. Así, el peso del sub-grupo de residentes inmigrantes sobre el total de la población cancelaba el efecto positivo de los nativos²⁶⁵.

Por tanto, es posible que esta medida haya contribuido a condicionar una percepción de la evolución de la ciudad mucho más arcaizante y estática de lo que era. Dado que no se dispone de los datos adecuados para realizar este análisis, no se puede

²⁶⁴ FERNÁNDEZ: “La sociedad madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico”, págs 52-65.

²⁶⁵ SHARLIN, A.: “Natural Decrease in Early Modern Cities: a reconsideration” en *Past and Present* n° 79, 1978, págs.126-127.

profundizar detenidamente en las contribuciones específicas de los distintos grupos (nativos e inmigrantes) a la demografía madrileña pero, al menos, el uso de los indicadores demográficos aislados (fecundidad, mortalidad y migración) puede permitir rastrear la evolución de los distintos comportamientos demográficos para aproximarnos al conocimiento del origen de los cambios.

En función de estos, se observa que, contrariamente a la imagen que transmite Fernández, en su ciclo demográfico antiguo, ya se había iniciado la transición demográfica. El descenso de la mortalidad infantil, convencionalmente entendido como el desencadenante del proceso, se había producido entre 1870 y 1887²⁶⁶ y la fecundidad también se hallaba en descenso antes de 1900²⁶⁷. La cronología española, por tanto, seguía la pauta de otros países del sur de Europa, con un retraso de 10 ó 15 años con respecto a los países del norte de Europa pero implicaba su plena participación en el proceso de transición demográfica ya antes del siglo XX. Como en otros lugares retrasados, en España el desfase se compensó posteriormente por una rápida profundización en los procesos²⁶⁸.

Aunque no parece existir un único patrón de acceso a la transición demográfica (en función de la secuencia de descenso de la mortalidad y fecundidad²⁶⁹) y tampoco haya acuerdo si en las distintas regiones españolas el descenso de la mortalidad preludió el de la fecundidad, para nuestros intereses sólo importa reconocer que ambos procesos implicaban estaba en marcha. Así, en vísperas de la guerra civil, Madrid como otras ciudades, pioneras de la demografía nacional, había aumentado la esperanza de vida, había reducido su natalidad y mortalidad y se hallaba en plena transición demográfica, que no acabaría hasta los años ochenta, a partir de cuando se puede hablar de un régimen demográfico post-transicional²⁷⁰. Así, a la modernización económica y social,

²⁶⁶ Para Madrid, ver SANZ GIMENO, A.: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid, Madrid, 1999, pág.64. Los resultados para la España interior se pueden ver en RAMIRO FARIÑAS, D. y SANZ GIMENO, A.: "Childhood mortality in Central Spain, 1790-1960: changes in the course of demographic modernization" en *Continuity and Change* nº 15 (2), 2000.

²⁶⁷ COALE, A. J. y WATKINS, S. C., (eds.): *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton University Press, Princeton, 1986.

²⁶⁸ REHER, D.-S.: "Población y sociedad en España durante el siglo XX" en MALDONADO, J. L. (Ed.), *Informe sobre la situación demográfica en España. 2004*, Fundación Fernando Abril Martorell, 2004, REHER, D.-S., PÉREZ MOREDA, V., y BERNABEU MAESTRE, J.: "Assessing change in historical context. Childhood mortality patterns in Spain during the demographic transition" en VIAZZO, P. P. (Ed.), *New perspectives on the decline of infant and child mortality*, Istituto degli Innocenti, UNICEF, Florencia, 1997.

²⁶⁹ Las diferentes experiencias históricas hablan de contextos en los que la fecundidad había descendido ya durante el siglo XVIII mientras que la mortalidad no empezó a reducirse hasta mucho más tarde mientras que en otros lugares el descenso de la mortalidad fue el detonante del descenso de la fecundidad. CHESNAIS, J.-C.: *The demographic transition. Stages, patterns and economic implications*, Clarendon Press, Oxford, 1992. En la discusión sobre estos procesos, no sólo las tendencias se encuentran en discusión sino la manera de obtener los datos: el tipo de indicadores usados, agregados o individuales, la visión de éstos (sintética de todas las generaciones en un año dado o por generaciones de nacimiento) y la disponibilidad de datos. Dado que evaluar la situación de la ciudad de Madrid en cuanto a su participación en la transición demográfica no es nuestro objetivo, por tanto, nos hemos limitado a esbozar una serie de características generales.

²⁷⁰ GÓMEZ REDONDO: "El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970", PÉREZ MOREDA, V., RAMIRO FARIÑAS, D., y SANZ GIMENO, A.: "Dying in the city: urban mortality in Spain in the middle of the health transition" en SONNINO, E. (Ed.), *Living in the city (14th-20th century). Vivre en ville (XIV-XX siècles)*, University of Rome, La Sapienza, Rome, 2004, págs.617-657; SANZ GIMENO: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, pag.74.

le correspondió una equivalente modernización demográfica, también enraizada en el siglo XIX.

Como ya hemos dicho, un análisis o siquiera un repaso exhaustivo de la dinámica demográfica madrileña está fuera del alcance de los objetivos de este capítulo pero es importante entender la imbricación de la Inclusa dentro de la ciudad por lo que en los siguientes tres epígrafes hemos descrito brevemente esa doble relación de influencia (ciudad-Inclusa, Inclusa-ciudad) en la medida y ocurrencia de los fenómenos demográficos responsables de los cambios en la población: fecundidad, mortalidad y migración.

3.2.2. NUEVOS MADRILEÑOS: FECUNDIDAD E ILEGITIMIDAD

Dado que la mayor parte de los niños admitidos a la Inclusa eran recién nacidos y una gran mayoría de los niños abandonados eran de origen ilegítimo, es preciso poner en relación la comprensión de esos dos aspectos en la dinámica demográfica madrileña. Por un lado, considerar las admisiones a la Inclusa en función de los nacimientos que se producían en la ciudad y, por otro lado, valorar la contribución ilegítima a éstos

3.2.2.1. Natalidad y fecundidad

La historiografía tradicional se ha referido a la tasa de natalidad para hablar de la contribución de los nacimientos al crecimiento de la ciudad pero, como ya hemos comentado en el epígrafe anterior, se trata de una aproximación que no refleja los cambios reales en la evolución ya que, al dividir el número de nacimientos por la población total, el resultado se ve afectado por la estructura de la población²⁷¹. No obstante, la falta de datos adecuados para su cálculo dificulta su aplicación para todos los años y, en especial, para áreas pequeñas por lo que, a menudo es preciso utilizar esa medida teniendo precaución en la inferencia.

En el caso de Madrid, es a éste tipo de medidas a las que hay que recurrir para hablar de la doble relación entre la ciudad y la Inclusa. En primer lugar, como hemos comentado antes, la dinámica de la ciudad determinaba que niños podían ser abandonados por lo que la natalidad general y su distribución por distritos ayuda a hacerse a la idea de la situación.

Para la provincia de Madrid, se calcula un índice sintético de fecundidad de 3,5 hijos por mujer en 1900, inferior a la media nacional (4,5 hijos) y de 2,9 en 1930 (3,6 para España)²⁷². En la ciudad, en particular, la fecundidad incluso debió ser más baja

²⁷¹ Es decir, dos poblaciones pueden tener la misma tasa de natalidad pero tener una fecundidad muy distinta: una puede tener un número mucho menor de mujeres que de hombres con una fecundidad muy elevada mientras que la otra puede tener un número de mujeres equilibrado al de hombres pero con una fecundidad más reducida, dando lugar, globalmente al mismo número de nacimientos. Esto hace que sea posible que la tasa de natalidad en una población se mantenga estable mientras desciende la fecundidad: el incremento en el número de mujeres teniendo hijos que compensa la reducción del número de hijos por mujer. Para nuestros objetivos de descripción y contextualización creemos que su uso puede ser útil pero nuestras inferencias no pueden ni tienen una lectura interpretativa.

²⁷² DELGADO PÉREZ, M.: "La fecundidad de las provincias españolas en perspectiva histórica" en *Estudios Geográficos* nº LXX (267), 2009, págs.410-420.

(cerca de un 15% inferior) dado que la fecundidad de las ciudades solía ser más baja que la de las áreas rurales²⁷³. Se trataba de una de las fecundidades más bajas del país²⁷⁴.

La diferencia con la tasa de natalidad se ve claramente al comparar las cifras. Frente a una fecundidad decreciente, el número de nacimientos crecía (de cerca de 15.000 en 1900 hasta más allá de los 22.000 en los años 30), haciendo que la tasa bruta de natalidad se mantuviera estable (alrededor del 30‰) hasta los años veinte (momento en el que empezó a descender (y alcanzó el 25‰ en 1930). Es decir, nacían más niños porque había más mujeres residiendo en la ciudad pero cada una de ellas tenía menos niños.

Las diferencias entre distritos, por otro lado, contribuyen a describir la distribución de la natalidad en la ciudad, (mapas 3.1.a y b) revelan una asociación entre los distritos con mayor natalidad y aquellos más pobres (Inclusa, Hospital, Latina), que los autores de las estadísticas municipales sistemáticamente reportaron. Explicaban la diferencia en función de las diferencias socioeconómicas pero también por las pautas culturales asociadas:

Entre las pobres, legal o ilegalmente, todas se casan. Cuando el amor llama a la puerta de los humildes realizan sus ilusiones. No piensan en prepararse un porvenir, en el que ni siquiera sueñan, y confiadamente en su juventud, basta a su felicidad tener asegurado un jornal el día de las nupcias. Cuando se asciende en la escala social ocurre lo contrario. Además del celo materno y la educación que velan por el honor de la doncella se espera a que el novio tenga una posición que muchas veces no llega, no se olvida que el futuro hogar tendrá bastantes necesidades y como el pretendiente algunas veces también aspira a una dote que por lo menos auxilie en sus trabajos, créase en las clases medias una atmósfera egoísta que relega a gran número de mujeres a un celibato forzoso²⁷⁵.

No obstante, esta imagen de Madrid estaba condicionada por la existencia de dos peculiaridades de registro que deben tenerse en cuenta en el cálculo de las cifras agregadas: el sub-registro de nacimientos y la inscripción de los eventos por ocurrencia. En primer lugar, el subregistro de nacimientos producido por la definición legal de “nacido vivo” es un problema ampliamente conocido por la historiografía aunque merece ser referido aquí: hasta 1975 las estadísticas sólo recogían los nacimientos según la consideración legal (nacido vivo y haber sobrevivido a las primeras 24 horas de vida)²⁷⁶. Los “nacidos muertos” suponían 6 y un 7% de los nacimientos totales.

²⁷³ LIVI-BACCI, M.: “Fertility and Nuptiality Changes in Spain from the Late XVIII to the Early XX Century” en *Population Studies* nº 22 (1 & 2), 196, pág.201.

²⁷⁴ Datos tomados del Princeton Fertility Project. SHORTER, E., KNODEL, J., y VAN DE WALLE, E.: “The Decline of Non-Marital Fertility in Europe, 1880-1940” en *Population Studies* nº 25 (3), 1971.

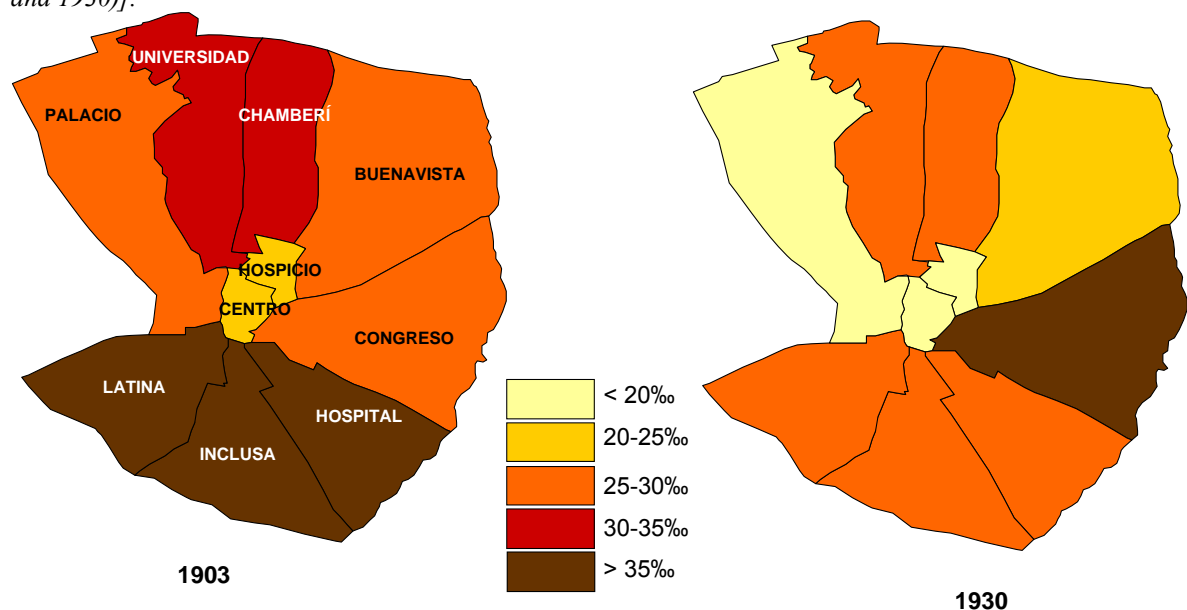
²⁷⁵ Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid. Resumen 1910. Dirección General de Estadística.

²⁷⁶ Esto hace que los nacimientos y muertes ocurridos durante el parto y las primeras 24 horas no fueran incluidos en las cifras totales publicadas y, que solo se presentaran, cuando así ocurría, en la categoría genérica de “nacidos muertos”, que agrupaba las muertes fetales tardías (de fetos con una edad gestacional a seis meses), los abortos, los muertos en el parto y durante las primeras 24 horas de vida. Entre otros autores que han abordado y ofrecido soluciones a este problema debemos mencionar: ARBELO CURBELO, A.: *La mortalidad de la infancia en España*, Dirección General de Sanidad, Madrid, 1962; GÓMEZ REDONDO, R.: *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, CIS, Madrid, 1992; RAMIRO FARIÑAS, D.: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología II, Universidad Complutense de Madrid, 1998; SANZ GIMENO, A.: *La transición de la mortalidad infantil y juvenil en el Madrid rural, siglos XIX y XX*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología II, Universidad Computense de Madrid, 1997.

En segundo lugar, la inscripción de los eventos vitales (y esto afecta no sólo a los nacimientos sino también a los matrimonios y las defunciones) se hacía en función del lugar de ocurrencia, afectando al análisis geográfico de los eventos. En el caso concreto de la natalidad, este sistema de registro distinguía entre partos institucionales y en domicilios por lo que teóricamente se evitaba la interferencia de la presencia de instituciones de salud o beneficencia (como la Inclusa) en el registro. No obstante, la desigual distribución espacial de la población en la ciudad combinada con la necesaria ambigüedad de las tasas de natalidad requiere una cuidadosa inferencia, ya que puede sugerir patrones de comportamiento que no responden a la realidad del comportamiento individual.

Mapas 3.1. a y b. Distribución de la tasa bruta de natalidad (TBN) en los distritos de la ciudad de Madrid (1903 y 1930).

[Maps 3.1. a and b. Crude Birth Rate (CBR) distribution across the districts of the city of Madrid (1903 and 1930)].



Fuente: Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid, 1903 y 1930. Elaboración propia.
[Source: Demographic Statistics of the Municipality of Madrid, 1903-1931. Own elaboration].

Así, pese a la asociación mostrada por los contemporáneos, la relación entre la natalidad y la pobreza no tenía que ser exclusivamente causal y claramente había una interferencia de la diferente estructura de edad, sexo y ocupación en los distintos distritos. En los barrios más acomodados, como por ejemplo, Fernando el Santo, un 30% de las residentes eran mujeres jóvenes ocupadas en el servicio doméstico y en edad fértil que se encontraban en una situación que les impedía tener hijos, por lo que, pese a su contribución a la población del distrito, no podían contribuir a los nacimientos²⁷⁷.

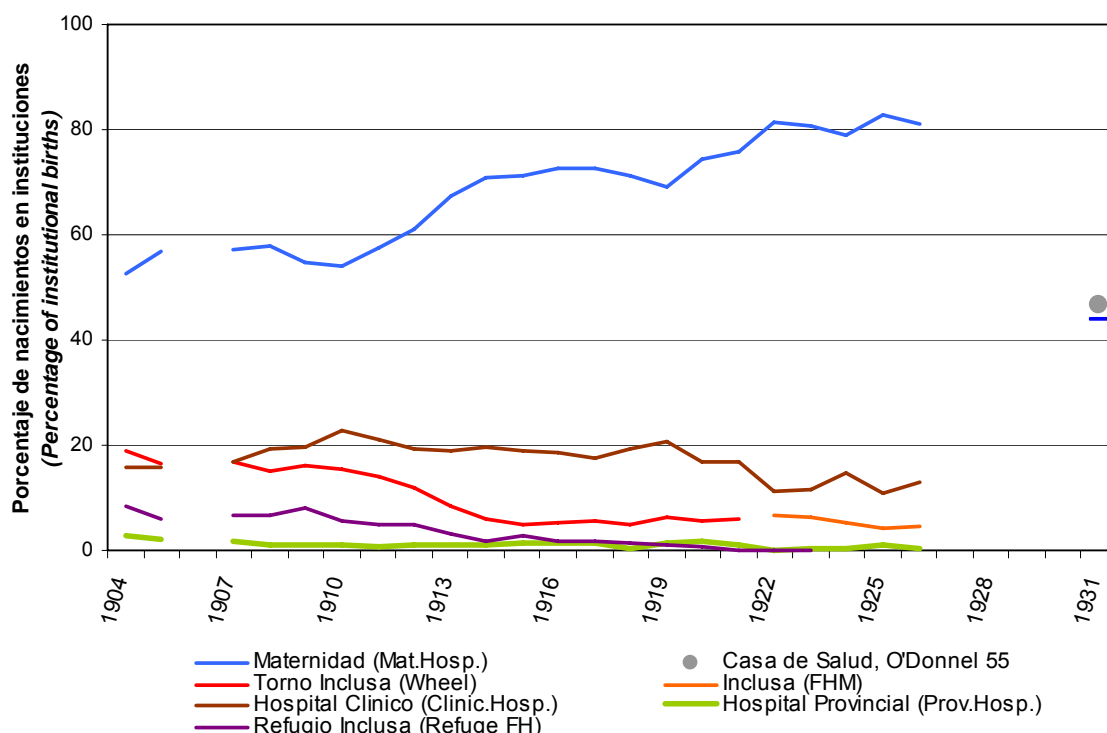
La baja natalidad de ese distrito no se explicaba tanto por la contención de las acomodadas como por la imposibilidad del resto de residentes. No obstante, también es razonable aceptar que hubiera una diferencia de fecundidad entre clases sociales (aunque quizá no tan extrema como muestran las cifras) ya que los comportamientos de control del tamaño familiar se documentan siempre en primer lugar entre las clases más elevadas, entre otras razones, a raíz de una temprana reducción de la mortalidad infantil

²⁷⁷ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, pág. 594.

en esas clases. Por tanto, vemos que, pese a la baja fecundidad de la ciudad, había multitud de nacimientos, asociados en cierta medida con los distritos más pobres (aunque no de manera exclusiva) aunque no de manera exclusiva.

Gráfico 3.3. Distribución de nacimientos en instituciones de beneficencia en la ciudad de Madrid, 1903-1931.

[Graph 3.3. Birth distribution across charity institutions in the city of Madrid, 1903-1931].



Nota: se han omitido los datos desde 1926 a 1930 dado que las tasas están erróneamente sesgadas por la falta de inclusión entre los nacimientos institucionales de aquellos pertenecientes a la *Casa de Salud de Santa Cristina* inaugurada en 1926, que fueron incluidos por primera vez en la estadística municipal en 1931. Fuente: Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid (1903-1931). Elaboración propia.

[Note: Data for the period 1926-1930 has been omitted as rates are biased by the lack of inclusion of institutional birth occurring at the 'Casa de Salud de Santa Cristina', inaugurated in 1926, which were included for the first time in the municipal statistics in 1931. Source: Demographic Statistics of the Municipality of Madrid (1903-1931). Own elaboration].

No obstante, como hemos comentado con anterioridad, también las instituciones de beneficencia tenían un cierto efecto en la configuración de las estadísticas de Madrid ya que su contribución no podía ser aislada completamente en las estadísticas. A pesar de que teóricamente los partos institucionales quedaban fuera de las estadísticas, la realidad es que en ocasiones ese filtro no funcionaba adecuadamente. Así, si se observan las cifras de nacimientos por distritos se ve una alteración no relacionada con el comportamiento de las mujeres residentes en Madrid. Por ejemplo, hasta 1931 no recogió la Casa de Salud de Santa Cristina, instalada en 1926 en el distrito de Congreso, como una institución de salud que contribuía con partos a la natalidad²⁷⁸. Por lo tanto, la elevación que se observa en ese distrito durante ese periodo no responde a un cambio de comportamiento de sus residentes, cuya tasa de natalidad real siguió probablemente la del resto de distritos.

²⁷⁸ COLOMER GÓMEZ y ANABITARTE PRIETO: "Maternidad de Santa Cristina. 100 años de la gestación de un sueño, 1903-2003".

La proporción de nacimientos institucionales con respecto al total de la ciudad fue bastante estable, alrededor del 8%, al menos hasta 1925²⁷⁹. Dentro de la natalidad institucional, no obstante, no había mucha variación. Como muestra el gráfico 3.3, la mayor parte de los nacimientos en instituciones tenían lugar en la Casa de Maternidad, que fue incrementando su papel en la atención a las parturientas a lo largo de las tres décadas de siglo. Así, a finales de siglo acabó convirtiéndose con el tiempo en la instalación médica especializada (hasta abarcar el 80% de los nacimientos que tenían lugar en instituciones sanitarias). No obstante, a partir de 1926, con la incorporación de la Casa de Salud de Santa Cristina pasó a representar sólo el 50%.

Por tanto, es importante tener en cuenta tanto para comprender la ciudad como para comprender la Inclusa que casi un 6,5% de los nacimientos de la ciudad tenían lugar dentro de la Casa de Maternidad (institución adjunta a la Inclusa) y que más del 70% de los niños que nacían en ella fueron abandonados.

3.2.2.2. Fecundidad ilegítima y tasa de ilegitimidad

De esos nacimientos institucionales en la Casa de Maternidad y que estaban destinados al abandono, la mayor parte de los nacimientos eran ilegítimos por lo que conviene finalizar esta breve panorámica sobre la interacción Inclusa-ciudad en cuanto a los nacimientos con una mención específica a la fecundidad y natalidad ilegítima de la ciudad.

Al hablar de ilegitimidad es importante hacer una referencia breve a las implicaciones del concepto. Un nacimiento ilegítimo se define como aquel que no ocurre dentro del matrimonio, violando las normas sociales que consideraban el matrimonio como el ámbito exclusivo de la reproducción. Pese a que la figura paradigmática del niño ilegítimo es el hijo de madre soltera, la fecundidad ilegítima puede tomar distintas formas aunque la limitación de las fuentes (registros parroquiales o civiles) no nos permite investigarlas²⁸⁰. De hecho, sistemáticamente sólo se puede obtener información sobre aquellos hijos de mujeres solteras, es decir, los hijos fruto de embarazos pre-nupciales. En nuestro contexto, estos nacimientos ilegítimos contravenían las normas sociales, produciendo un rechazo moral (y familiar) de la madre del niño ilegítimo (dado que en ausencia de la investigación de paternidad, el padre no era considerado responsable) además de las posibles consecuencias económicas derivadas de la crianza en solitario de la madre, que tenía profundas consecuencias sobre la salud y perspectivas futuras de ambos.

No obstante, la complejidad de las distintas formas culturales y religiosas alrededor del matrimonio hace que la concepción pre-nupcial sea interpretada de maneras muy distintas e incluso enmascarada. En algunas sociedades existían

²⁷⁹ La ampliación de la capacidad de atención sanitaria a mujeres embarazadas ofrecida a partir de ese momento hizo que se incrementara hasta alcanzar un 14% en 1931.

²⁸⁰ Algunos autores, como Davis, citaban hasta 9 tipos posibles de combinaciones que producían descendencia ilegítima, como por ejemplo las relaciones entre individuos que habían realizado un voto de castidad, las relaciones incestuosas o adúlteras, etc. Davis citado por Laslett en LASLETT, P.: "Introduction: Comparing Illegitimacy Over Time and Between Cultures" en LASLETT, P., OOSTERVEEN, K. y SMITH, R. M. (Ed.), *Bastardy and its Comparative History: Studies in the History of Illegitimacy and Marital Nonconformism in Britain, France, Germany, Sweden, North America, Jamaica and Japan*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1980, pág.8.

comportamientos que devenían en un embarazo pre-nupcial sin implicar necesariamente las consecuencias sociales asociadas a la ilegitimidad²⁸¹. Y, por otro lado, en aquellas culturas en las que el embarazo pre-nupcial fuera un hecho reprochable, éstos podían ser enmascarados por el matrimonio forzoso e incluso, precisamente, buscado para lograr establecer un matrimonio²⁸².

En el caso español, la preeminencia del catolicismo en el pensamiento y moral nos sitúa en un panorama en el que la legitimidad estaba firmemente determinada por la celebración del matrimonio religioso pero existía la posibilidad de la legitimación a posteriori de hijos naturales. Así, en España las costumbres culturales alrededor del matrimonio estaban determinadas pero la intensidad de la ilegitimidad que podemos registrar está necesariamente afectada por todos estos condicionantes, particularmente por la capacidad de la familia de forzar el matrimonio.

Como en el caso de la fecundidad, para medir la ilegitimidad, las mejores herramientas son aquellas que permiten cuantificarla en relación con las mujeres susceptibles de dar a luz a esos niños, es decir una tasa de ilegitimidad que relacione el número de nacimientos ilegítimos con las mujeres en disposición de tenerlos (solteras). No obstante, como en el caso anterior, se requiere de un tipo de datos que no siempre está disponible por lo que se suele utilizar, en su defecto, la proporción de nacimientos ilegítimos. Y esta simplificación tiene sus propios problemas: la falta de corrección del número de nacimientos por el número de madres disponibles y, más concretamente, por el número de madres solteras²⁸³. No obstante, para un lugar como Madrid, disponemos sólo de algún indicador general de fecundidad ilegítima pero para el análisis de las tendencias de la ciudad es necesario recurrir exclusivamente a los porcentajes de ilegitimidad.

En este caso, el nivel de ilegitimidad de la ciudad es el que determina la influencia fundamental en la clientela potencial de la Inclusa pero puede encontrarse un cierto efecto marginal de la presencia de la institución en el propio distrito en el que estaba inmersa que no está relacionado con el sesgo registral.

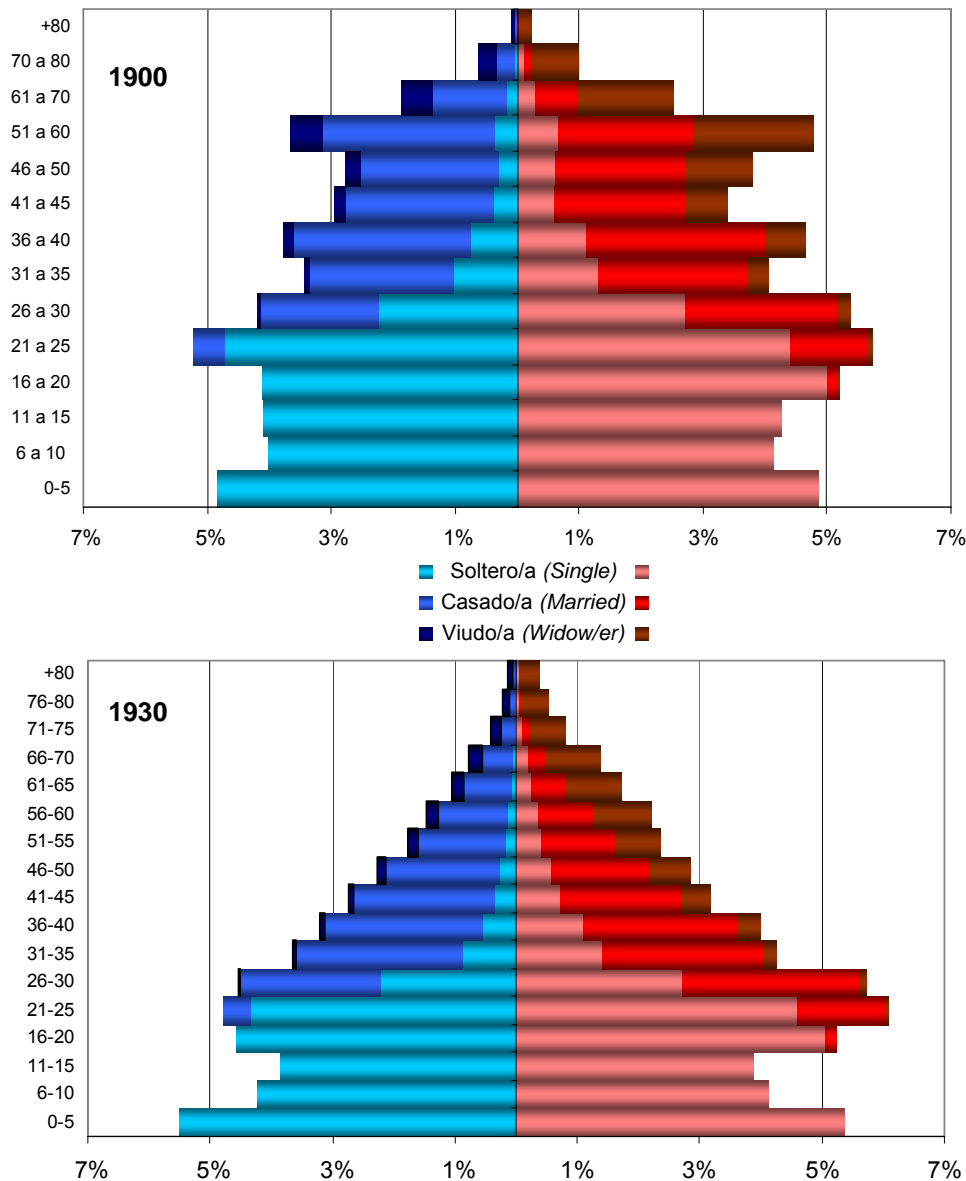
²⁸¹ Así, algunos casos clasificados teóricamente como ilegítimos en realidad no eran considerados como tales por la sociedad en la que vivían: en algunas partes de Escandinavia el compromiso era el momento oficial para el inicio de la procreación legítimo y, en algunos lugares, incluso significaba un test de fertilidad previo a la “confirmación” del matrimonio o incluso parte del cortejo. En otras áreas, por ejemplo, la introducción del matrimonio civil en 1866 ilegitimizó los hijos de matrimonios celebrados religiosamente que no contrajeron matrimonio civilmente. SCHUMACHER, R., RYCZKOWSKA, G., y PERROUX, O.: “Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva” en *History of the Family* nº 12, 2007, pág.190.

²⁸² LASLETT: “Introduction: Comparing Illegitimacy Over Time and Between Cultures”, pág.8, SCHUMACHER, RYCZKOWSKA, y PERROUX: “Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva”, pág.193.

²⁸³ Numerosos autores han expresado sus críticas hacia esta medida (SHORTER, KNODEL, y VAN DE WALLE: “The Decline of Non-Marital Fertility in Europe, 1880-1940”, pág.379) pero la imposibilidad de calcular otros indicadores más adecuados nos hace tener que limitarnos a éstos. Otros se han planteado como el indicador de Princeton (SHORTER, KNODEL, y VAN DE WALLE: “The Decline of Non-Marital Fertility in Europe, 1880-1940”, u otras propuestas locales: SÁNCHEZ BARRICARTE, J. J.: “Análisis crítico de los índices de Princeton (Ig, Im, If, Ih). Una nueva propuesta de medición de la natalidad” en *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica (ADEH)* nº XIII (3), 1995.

Gráfico 3.4. Estructura de edad, sexo y estado civil para la población de la ciudad de Madrid, 1900 y 1930.

[Graph 3.4. Population structure according to age, sex, and marital status for the city of Madrid, 1900 and 1930].



Nota. La fuente muestra un 0,75% de casos que no presentan edad y estado civil y, junto a ellos, un 0,5% no presenta estado civil pero sí edad, que no se han representado en este gráfico. Dada la diferencia de agregación, la comparabilidad total de las dos pirámides hubiera requerido la agrupación de la segunda pirámide en cohortes decenales, perdiendo precisión para ese periodo. Se ha preferido mantener la desagregación quinquenal en la medida de lo posible. No obstante, dado que el interés de este gráfico descansa en las edades 15-29, no afecta a nuestra lectura del mismo. Fuente: Censo 1900 y 1930, INE. Elaboración propia.

[Note: the source shows a 0,75% of cases with missing information in age and marital status, along with a 0,5% with missing information on marital status only but none of them have been included in this graph. Due to the differences in aggregation, the perfect comparability of the two pyramids would have required decennial aggregation for the second one, losing precision for that period. We have preferred to keep the quinquennial disaggregation whenever possible. However, as our interest in this graph lies in ages 15-29, this issue does not really affect our interpretation. Source: Census 1900 and 1930, INE. Own elaboration].

En cuanto a la prevalencia de la ilegitimidad en Madrid, la situación podría parecer paradójica ya que los indicadores generales sitúan la fecundidad extra-marital de la provincia madrileña entre las más altas del país pese a la reducida fecundidad marital. Como el resto de España, no obstante, sigue la trayectoria generalizada que se

documenta en toda Europa occidental entre 1880 y 1940²⁸⁴. Cuando se miran los porcentajes de ilegitimidad, la imagen persiste, con un porcentaje de ilegitimidad del 20% en 1900 que sólo descendió al 14% para 1930²⁸⁵. Es decir, por un lado, las mujeres solteras en Madrid se contaban entre aquellas que daban a luz a un mayor número de niños ilegítimos y, por otro lado, el número total de niños ilegítimos nacidos alcanzaba a un quinto de la población, una proporción bastante importante.

Dada la importancia de la estructura de edad, sexo y estado civil detrás de las estimaciones de ilegitimidad, en el gráfico 3.4 hemos representado la pirámide poblacional para ilustrar el peso de las mujeres solteras en los distintos rangos de edad en la ciudad. Así, vemos, que a la elevada fecundidad ilegítima de Madrid le corresponde un importante número de mujeres solteras en las edades productivas. En las dos instantáneas de la ciudad (1900 y 1930), se ve el característico ensanchamiento en las edades productivas en las mujeres, sobre todo en el rango 20-25, típico de la sobre-representación del servicio doméstico. Pese al incremento poblacional durante esas fechas (que continúa el crecimiento desde principios de siglo) apenas se identifican cambios en su estructura general, que es la misma desde al menos 1846²⁸⁶. La población femenina madrileña estaba fundamentalmente soltera entre los 16 y los 25 años, con un 50% de casadas y un 50% de solteras en el rango de edad 26-30; y un elevadísimo porcentaje de casadas a partir de los 30 años. Por tanto, existía un elevado número de mujeres solteras y jóvenes que podían tener hijos.

Desafortunadamente no pueden obtenerse este mismo tipo de datos para los distritos madrileños²⁸⁷, por lo que los porcentajes de ilegitimidad que se obtienen cuando se desciende a ese nivel no pueden ser interpretados con ayuda de la distribución de edades por lo que es preciso tomar con cautela la imagen ofrecida por la representación gráfica, presentada en el los mapas 3.2.a y b.

El rango de variación dentro de la propia ciudad es tan amplio como el existente a escala nacional (entre el 5-20%). A principios de siglo los distritos de Palacio o Buenavista tenían un porcentaje de nacimientos ilegítimos de menos del 5%, mientras que sólo dos de ellos presentan más del 15%, con Inclusa alcanzando casi el 20%. Para 1930, el nivel de ilegitimidad en la ciudad se había reducido levemente, dejando inalterado el de Inclusa, que solo descendió por debajo del 15% en los años finales de la década de los 30.

²⁸⁴ LIVI-BACCI, M.: "Fertility and Nuptiality Changes in Spain from the Late XVIII to the Early XX Century" en *Population Studies* nº 22 (1 & 2), 1968.

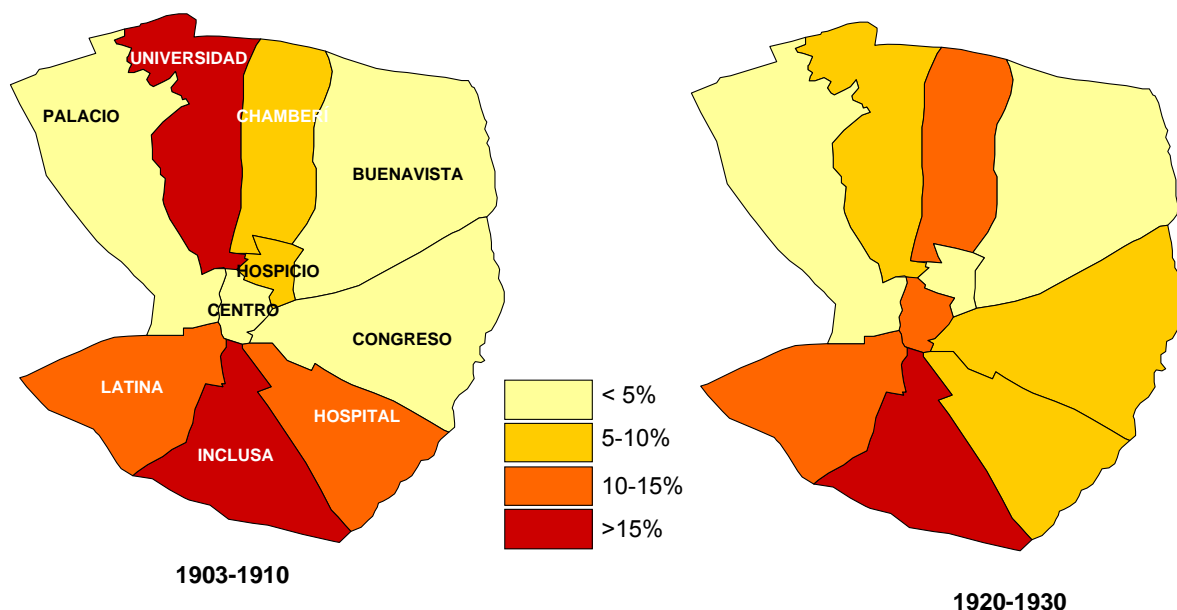
²⁸⁵ Datos del Movimiento Natural de la Población, INE. 1900 y 1930. Elaboración propia.

²⁸⁶ Las pirámides de la población madrileña hasta 1846 fueron calculadas por CARBAJO ISLA, M. F.: *La población de la villa de Madrid desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX*, Siglo XXI, Madrid, 1987.

²⁸⁷ A excepción de los distritos del Ensanche pero que no son suficientes para ilustrar todas las condiciones e vida en la ciudad.

Mapas 3.2. Distribución del porcentaje de ilegitimidad en los distritos de la ciudad de Madrid, 1903-1930.

[Maps 3.2. a and b. Illegitimacy ratio distribution in the districts of the city of Madrid, 1903 and 1930].



Fuente: Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid. 1903 - 1930. Elaboración propia.
[Source: Demographic Statistics of the Municipality of Madrid (1903-1931). Own elaboration].

Aun cuando la primera explicación plausible de cifras tan extremas como las del distrito de Inclusa sería la inclusión de los nacimientos institucionales en los nacimientos del distrito, sabemos que, al menos hasta 1925, las cifras se referían exclusivamente a la ilegitimidad de los partos domiciliarios. De modo que la elevada ilegitimidad del distrito en el que se ubicaba la Inclusa y la Casa de Maternidad debía deberse a causas de orden indirecto. Así, podemos señalar este efecto indirecto que señalaban algunos contemporáneos. El penalista Bernardo Quirós, al escribir sobre los barrios bajos de Madrid decía de la Casa de Maternidad que:

(...) diríase que aquella casa, más que de maternidad seca y fría de infanticidio tolerado, ejerce una especie de sugestión en los barrios donde está enclavada, invitando a los amores fáciles y sin consecuencias²⁸⁸.

Posiblemente la existencia de una institución como ésta podía tener una influencia favorecedora de la ilegitimidad no tanto por la sugestión sino por la normalización de la ilegitimidad que podía implicar la oferta de una institución destinada exclusivamente a atender a los niños de ese tipo. Esta situación subraya esta doble relación entre la ciudad y la institución: el distrito de la Inclusa, uno de los caracterizados con mayor concentración de pobreza, parejas no formalizadas e ilegitimidad posiblemente enviaba más niños ilegítimos a la institución pero, a la vez, la institución también fomentaba ese tipo de ambiente, elevando la ilegitimidad del distrito.

Aun cuando para Madrid no dispongamos de información a nivel individual que nos permita descender a comprender las características de estas mujeres implicadas en

²⁸⁸ BERNALDO DE QUIRÓS, C. y LLANAS AQUILANIEDO, J. M.: *La mala vida en Madrid*, Madrid, 1901, pág.129.

la concepción (y, en algunos casos, abandono de hijos ilegítimos), es posible sugerir una serie de regularidades encontradas por la historiografía previa para arrojar luz sobre quiénes eran y qué características podían tener estas mujeres.

Frente a la explicación de la fecundidad ilegítima como muestra de libertad/voluntad femenina (en la versión de Shorter o de Laslett)²⁸⁹, la historiografía reciente se ha inclinado más por interpretaciones que relacionaban la ilegitimidad con la vulnerabilidad de las mujeres (Tilly *et al*)²⁹⁰. Así, los niños ilegítimos y las mujeres solteras se han considerado dentro del grupo de población vulnerable en el siglo XIX,²⁹¹ junto con los expósitos, viudas y pobres, siendo objeto de una importante atención historiográfica en los últimos años²⁹².

Esta relación entre vulnerabilidad y legitimidad no era unívoca. Por un lado, el contexto social-urbano hacía que las mujeres solteras estuvieran en una situación de vulnerabilidad, siendo susceptibles de concebir un hijo ilegítimo. Por otro lado, esa concepción ilegítima provocaba mayor vulnerabilidad, al incrementar la inseguridad económica, implicar un estigma social y, por ende, una inestabilidad y, posiblemente, una mayor mortalidad de ambos²⁹³.

A continuación sólo nos hemos concentrado en la primera relación (relegando las consideraciones sobre la segunda para el capítulo 9). El arquetipo de la madre soltera ha sido el de una mujer joven, pobre, inmigrante y empleada en el servicio doméstico pero la historiografía reciente ha puesto en duda algunas de estas asunciones. De entre éstas, el único factor que ha sido consistentemente asociado a la ilegitimidad ha sido el estatus socioeconómico dada la menor tendencia de las mujeres de clases elevadas a este tipo de embarazos²⁹⁴. En cuanto a la mayor prevalencia de la ilegitimidad en el grupo del servicio doméstico supuestamente producida por una mayor independencia o

²⁸⁹ Shorter sostenía que la formación del proletariado industrial en las ciudades y la participación de las mujeres en él habían relajado el control familiar y la independencia económica había dado más libertad a las mujeres, permitiéndoles abandonar los valores tradicionales y, por tanto, llevándolas en algunos casos a embarazos ilegítimos. SHORTER, E.: "Illegitimacy, sexual revolution and social change in modern Europe" en *Journal of Interdisciplinary History* nº 2 (2), 1971. Por otro lado, Laslett hablaba de la aparición de una "bastardy-prone subsociety" como resultado de la reticencia de unos sectores de las clases populares a conformar con los valores sociales de una sociedad que no les aportaba ninguna ventaja. LASLETT, P.: "The bastardy prone sub-society" en LASLETT, P., OOSTERVEEN, K. y SMITH, R. M. (Ed.), *Bastardy and its Comparative History: studies in the history of illegitimacy and marital nonconformism in Britain, France, Germany, Sweden, North America, Jamaica and Japan*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1980.

²⁹⁰ Tilly *et al* precisamente encontraban la industrialización como la responsable de una mayor vulnerabilidad en el cortejo en un ámbito urbano. TILLY, L. A., SCOTT, J., y COHEN, M.: "Women's work and European fertility patterns" en *Journal of Interdisciplinary History* nº 6 (3), 1976.

²⁹¹ REID, A. *et al.*: "Vulnerability among illegitimate children in nineteenth century Scotland" en *Annales de Demographie Historique* nº 111 (1), 2006.

²⁹² Un ejemplo de este interés reciente es el número monográfico de la revista *Annales de Demographie Historique* de 2006 dedicado precisamente a estas sub-poblaciones.

²⁹³ SCHUMACHER, RYCZKOWSKA, y PERROUX: "Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva", pág.192.

²⁹⁴ SMOUT, C.: "Aspects of sexual behaviour in 19th century Scotland" en LASLETT, P., OOSTERVEEN, K. y SMITH, R. M. (Ed.), *Bastardy and its Comparative History: Studies in the History of Illegitimacy and Marital Nonconformism in Britain, France, Germany, Sweden, North America, Jamaica and Japan*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1980. MODIN, B.: "Born out of wedlock and never married-it breaks a man's heart" en *Social Science & Medicine* nº 57, 2003, pág.4.

vulnerabilidad²⁹⁵, tampoco se encuentran evidencias concluyentes y se ha descrito la existencia de otros grupos igualmente vulnerables, como las obreras fabriles. Como hemos mencionado, la historiografía ha encontrado la base de la susceptibilidad de estos grupos a entablar relaciones sexuales pre-matrimoniales en la vulnerabilidad de estas mujeres en el espacio urbano industrial que producía una inseguridad tanto financiera como emocional.

La precariedad e inestabilidad del trabajo urbano de las mujeres (fuera doméstico, o industrial) incrementaba sus posibilidades de iniciar comportamientos que pudieran implicar un riesgo de concepción ilegítima. Por un lado, ante crisis coyunturales podían tener que recurrir a la prostitución pero, ante la inseguridad financiera propia de su empleo e inserción en la ciudad, la búsqueda de un marido debía ser una preocupación constante, no sólo por razones emocionales y económicas. De hecho, el mercado matrimonial urbano, con su característico exceso de mujeres, era un contexto de competencia feroz por los hombres, lo que podía llevar en mayor medida a las mujeres a utilizar un embarazo inesperado para forzar el matrimonio²⁹⁶.

El aislamiento de la mujer (tanto de su grupo familiar como de una red de apoyo más amplio) al llegar a la ciudad e insertarse en el servicio doméstico o fabril así como la falta de control familiar sobre esas mujeres, sobre todo para el caso de las inmigrantes, se han argumentado como las razones fundamentales de esta propensión a la ilegitimidad²⁹⁷ pero la historiografía reciente no ha encontrado este tipo de efectos en otros contextos²⁹⁸. De hecho, es posible que existiera un cierto número de uniones consensuales que no consagraban su matrimonio, quizá por cuestiones económicas, pero tenían un hogar estable y la literatura ha señalado que un importante número de mujeres que tenían hijos ilegítimos se casaban eventualmente, legitimando a los hijos anteriores.

Esto sugiere que, tanto a nivel global como local, había una gran diversidad de situaciones responsables de un nacimiento ilegítimo: como parte de una serie de nacimientos ilegítimos en una mujer o una unión consensual²⁹⁹ (es decir, una ilegitimidad reincidente) o como parte del ciclo vital de la mujer, de modo que el nacimiento ilegítimo era seguido del matrimonio y de descendencia legítima³⁰⁰.

Dado que no todos los niños ilegítimos nacidos en la ciudad eran abandonados en la Inclusa y que había un importante número de niños ilegítimos viviendo con sus familias, la descripción anterior no acaba de describir a la población de mujeres que recurría a la Inclusa pero contribuye a ayudarnos a entender mejor el contexto en el que

²⁹⁵ Según se siga a Lee o Mitterauer en la revisión de SCHUMACHER, RYCZKOWSKA, y PERROUX: "Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva", pág.190.

²⁹⁶ LASLETT: "Introduction: Comparing Illegitimacy Over Time and Between Cultures", pág.8.

²⁹⁷ SCHUMACHER, RYCZKOWSKA, y PERROUX: "Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva", VAN BAVEL, J.: "Family control, bridal pregnancy and Illegitimacy" en *Social Science History* nº 25 (3), 2001, pág.462.

²⁹⁸ ALTER, G.: *Family and the Female Life Course, Life Course Studies*, The University of Wisconsin Press, Madison, 1988; SCHUMACHER, RYCZKOWSKA, y PERROUX: "Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva", VAN BAVEL: "Family control, bridal pregnancy and Illegitimacy", pág.199.

²⁹⁹ Este tipo de comportamientos entroncarían con la idea de una sub-población y, aunque no parecen ser responsables de la totalidad del fenómeno.

³⁰⁰ BRÄNDSTRÖM, A.: "Life histories of single parents and illegitimate infants in Nineteenth-Century Sweden" en *The History of the Family* nº 1 (2), 1996; y BRÄNDSTRÖM, A.: "Illegitimacy and Lone-Parenthood in XIXth Century Sweden" en *Annales de Démographie Historique* nº 2, 1998.

se adscribía el recurso a la Inclusa. Como ya hemos comentado con anterioridad, la población de niños abandonados de la Inclusa constituye una selección de aquellas dando a luz en la ciudad de Madrid por lo que una adecuada comprensión de éstos, como la que hemos realizado, es imprescindible para cualquier intento explicativo sobre la realidad específica.

3.2.3. MADRID, CIUDAD DE LA MUERTE

En 1904, Ricardo Revenga hablaba de Madrid como la ciudad de la muerte³⁰¹ pero las mismas observaciones las habían hecho sus contemporáneos en toda la Europa industrializada. La historiografía internacional conoce como *urban penalty* o *graveyard effect*³⁰² a la sobremortalidad experimentada por las ciudades desde el siglo XIX y las primeras décadas del XX asociada al proceso de urbanización e industrialización (y muy relacionada con el debate sobre el crecimiento de las ciudades)³⁰³. Entre todas las muertes anuales, existía un grupo que preocupó particularmente a políticos, médicos y reformistas: la mortalidad en los primeros años de vida. Y, de entre éstas, la mortalidad específicamente ocurrida en las instituciones dedicadas al asilo de niños ocupaba una parte fundamental, por lo que conviene observar la mortalidad de la ciudad como la base en la que se insertaba la mortalidad institucional pero también podría entenderse la mortalidad de la ciudad como fruto, parcialmente, de la elevada sobremortalidad de las instituciones.

Generalmente, la sobremortalidad urbana, adulta e infantil, se ha explicado a través de las pésimas condiciones de habitabilidad de las ciudades producidas por la industrialización: la elevada densidad poblacional y el hacinamiento en la vivienda, las pésimas condiciones higiénicas en la ciudad, la elevada frecuencia y variedad de las comunicaciones interpersonales, el uso común de los recursos, especialmente agua y alimentos, etc.³⁰⁴ Esta explicación parece apoyada por la asociación entre el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas con la mejora de ciertas condiciones higiénicas urbanas (calidad del agua, tratamiento de aguas residuales y alcantarillado), que se ve especialmente en la mortalidad juvenil, la medida más sensible al ambiente familiar e higiénico³⁰⁵. La implementación de las medidas de salud e higiene públicas,

³⁰¹ REVENGA, R.: *La muerte en Madrid*, Madrid, 1901.

³⁰² Ya Malthus del graveyard effect. MALTHUS: *An Essay on the Principle of Population*.

³⁰³ Entre ellos, podemos citar, entre otros, los trabajos de FINLAY, R.: "Natural Decrease in Early Modern Cities" en *Past and Present* nº 92, 1981; KEARNS, G.: "The Urban Penalty and the Population History of England" en BRÄNDSTRÖM, A. y TEDEBRAND, L.-G. (Ed.), *Society, Health and Population During the Demographic Transition*, Umea universitets tryckeri, Umea, 1988; MOONEY, G., LUCKING, B., y TANNER, A.: "Patient Pathways: Solving the Problem of Institutional Mortality in London during the later Nineteenth Century" en *Social History of Medicine* nº 12 (2), 1999; PRESTON, S. H. y VAN DE WALLE, E.: "Urban French Mortality in the Nineteenth Century" en *Population Studies* nº 32 (2), 1978; RAMIRO FARIÑAS, D. y SANZ GIMENO, A.: "Structural Changes in Childhood Mortality in Spain, 1860-1990" en *International Journal of Population Geography* nº 6, 2000; REHER, D.-S.: "In Search of the Urban Penalty. Exploring Urban and Rural Mortality Patterns in Spain during the Demographic Transition" en *International Journal of Population Geography* nº 7, 2001; and SHARLIN: "Natural Decrease in Early Modern Cities: a reconsideration".

³⁰⁴ REHER, D.-S.: "In Search of the Urban Penalty. Exploring Urban and Rural Mortality Patterns in Spain during the Demographic Transition" en *International Journal of Population Geography* nº 7, 2001; y PRESTON, S. H. y VAN DE WALLE, E.: "Urban French Mortality in the Nineteenth Century" en *Population Studies* nº 32 (2), 1978.

³⁰⁵ PRESTON y VAN DE WALLE: "Urban French Mortality in the Nineteenth Century", pág.278, WOODS, R.: "Urban-Rural Mortality Differentials: An Unresolved Debate" en *Population and*

llevadas a cabo en primer lugar en las ciudades abordaron precisamente las causas de sobremortalidad, afectando particularmente a los niños (la mortalidad en la infancia representaba el 20-30% de la mortalidad general) y permitieron que la mortalidad de las ciudades descendiera mucho más rápidamente que las áreas rurales.

Frente a esta explicación tradicional, otros autores han tratado de explicar al menos parte de las diferencias entre el ámbito urbano y el rural a través del efecto de las prácticas de registro y el propio papel de la ciudad en la exageración de la sobremortalidad urbana. La disintonía entre lugar de residencia y ocurrencia producía una sobre-estimación artificial al incluir defunciones de individuos no registrados como habitantes en la ciudad.³⁰⁶ Este efecto se veía magnificado por el papel de las ciudades como lugares de concentración de instalaciones sanitarias (hospitales, incluidas, manicomios, prisiones, etc) y como polos atractores de inmigrantes de todo su *hinterland* (tanto por razones laborales como sanitarias)³⁰⁷.

Para el contexto madrileño, ambos marcos explicativos nos ayudan a estudiar la relación de la ciudad y la institución. Por un lado, al estudiar las características sanitarias y de mortalidad de la ciudad, podemos ver la mortalidad de base y las condiciones a las que estaban sometidos los expósitos. En 1900, la ciudad de Madrid era un ejemplo claro de las diferencias urbano-rurales: mientras la media urbana era de 30 años, Madrid tenía una esperanza de vida de 28 años igual que la de las ciudades con menos de 20.000 habitantes, mientras que la media rural era de 36 años. La desventaja sanitaria de Madrid se cifraba en 8 años, la máxima diferencia en el país³⁰⁸. En 1930, gracias a distintos factores, las intervenciones en salud pública la distancia con respecto al conjunto de la España rural se había reducido a dos años y Madrid había superado en esperanza de vida a todos los demás tamaños de ciudades³⁰⁹.

Los distritos que presentaban mayor mortalidad coincidían con aquellos donde las características higiénico-sanitarias eran las más desfavorables: en ellos se concentraban la mayor parte de las viviendas y barrios insalubres, careciendo de alcantarillado, suministro de agua corriente, con habitáculos carentes de luz y aire. Además, allí vivían los jornaleros y clases menesterosas³¹⁰.

Development Review nº 29 (1), 2003, pág.44; REHER: "In Search of the Urban Penalty. Exploring Urban and Rural Mortality Patterns in Spain during the Demographic Transition", 110; and HUBBARD, W. H.: "The urban penalty: town and mortality in nineteenth-century Norway" en *Continuity and Change* nº 15 (2), 2000, pág.340-345.

³⁰⁶ En 1876, F.J. de Bona destacaba que la mortalidad de Madrid no era tan elevada como la prensa citaba ya que la elevadísima proporción de inmigrantes interfería en el cálculo de las tasas. F.J. de Bona, "La mortalidad de Madrid", *Gaceta de los Caminos de Hierro*, 16 de enero de 1876, págs.1-4.

³⁰⁷ MOONEY, G., LUCKING, B., y TANNER, A.: "Patient Pathways: Solving the Problem of Institutional Mortality in London during the later Nineteenth Century" en *Social History of Medicine* nº 12 (2), 1999; RAMIRO FARIÑAS: "Mortality in Hospitals and Mortality in the City in the Nineteenth- and Twentieth Century Spain: the effect on the Measurement of Urban Mortality Rates of the Mortality Outsiders in Urban Health Institutions", pág.407. Este último trabajo ha ofrecido resultados para las ciudades de Toledo y Salamanca que revelan la importancia de la mortalidad institucional en la esperanza de vida de la ciudad.

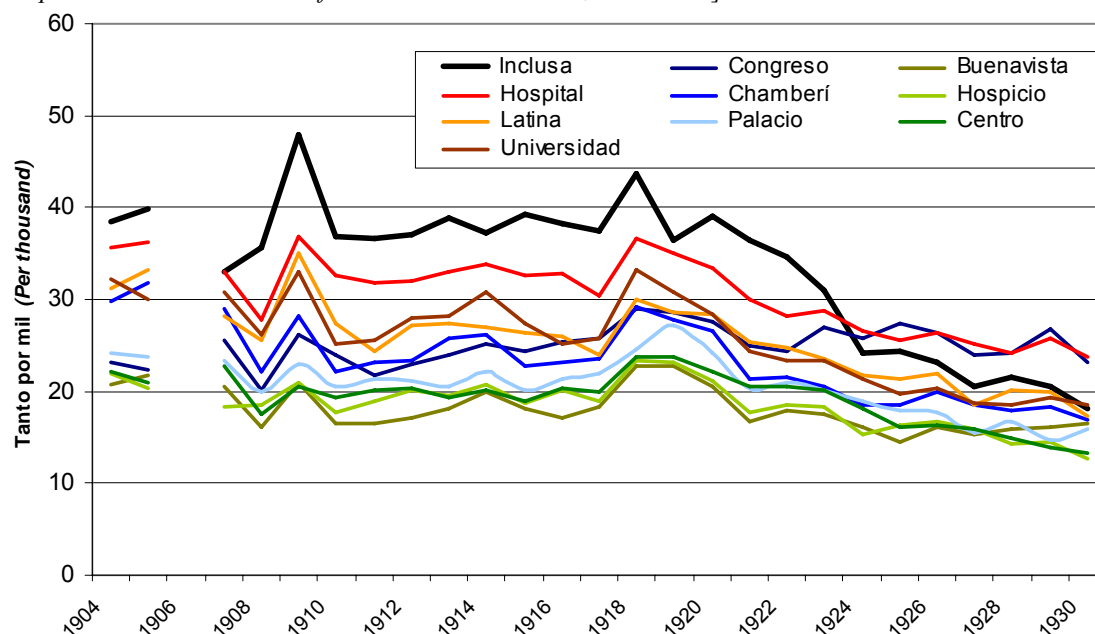
³⁰⁸ REHER: "In Search of the Urban Penalty. Exploring Urban and Rural Mortality Patterns in Spain during the Demographic Transition", págs.10 y 115-116.

³⁰⁹ PÉREZ MOREDA, RAMIRO FARIÑAS, y SANZ GIMENO: "Dying in the city: urban mortality in Spain in the middle of the health transition".

³¹⁰ PORRAS GALLO, I.: *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Complutense de Madrid, 1994, pág.224.

Gráfico 3.5. Tasa bruta de mortalidad de los distritos madrileños, 1904-1930.

[Graph 3.5. Crude Death Rate for Madrilanian districts, 1904-1930].



Fuente: Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid, 1904-1930. Elaboración propia
[Source: Demographic Statistics of the City of Madrid, 1904-1930. Own elaboration].

Igual que en el caso de la natalidad y de la ilegitimidad, esta relación ya fue establecida por los contemporáneos. Las deficiencias de la vivienda obrera, por ejemplo, fueron abordadas por muchos autores como responsables (tanto por razones morales como físicas) de la mortalidad urbana³¹¹ ante las que se propuso el plan del Ensanche. Las intervenciones más importantes no ocurrieron hasta después de la epidemia de gripe de 1918-1920, donde se vio con especial crudeza la vulnerabilidad de las condiciones de vida de jornaleros y obreros, víctimas más comunes de las epidemias³¹², fomentando una nueva serie de intervenciones en la mejoras en infraestructuras: modernización del laboratorio municipal, reorganización de los servicios de limpieza, construcción de baños y servicios públicos, prohibición de las fosas sépticas, extensión del suministro de agua, etc.³¹³

Así, las perspectivas de salud de los expósitos parecían estar condenadas, desde el primer momento, por su estancia en una institución urbana y su participación de la dinámica demográfica de la infancia en Madrid de una importante mortalidad. La segunda relación, Inclusa-ciudad, permite entender la interferencia que la Inclusa puede conllevar a causa de las particularidades del registro de eventos en la ciudad, entroncando con el segundo marco explicativo que hemos comentado: la existencia de cierta sobremortalidad explicada por alteraciones de los datos. Esta aproximación

³¹¹ PORRAS GALLO, I.: “Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX” en *Asclepio* nº LIV (1), 2002, pág.220.

³¹² PORRAS GALLO: *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*, PORRAS GALLO, I.: *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-1919*, Editora Complutense, S.L., Madrid, 1997. Para el efecto de la epidemia de gripe de 1918 en la ciudad de Madrid ver PORRAS GALLO: *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-1919*.

³¹³ PORRAS GALLO: “Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX”, pág.231; y HUERTAS, R.: “Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923)” en *Asclepio* nº LIV (2), 2002, pág.272.

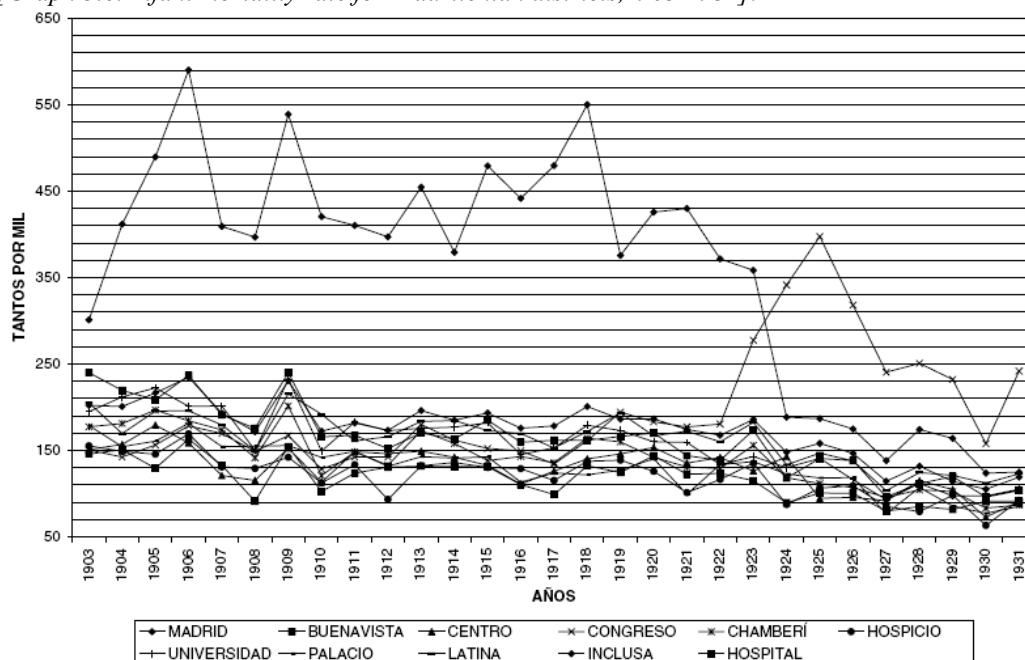
permite, por un lado, explicar parte de la sobremortalidad de la ciudad de Madrid en el contexto nacional como la del distrito de la Inclusa dentro de la propia ciudad.

Existe un claro efecto institucional en la diferenciación regional de la mortalidad infantil. Pese a que los nacimientos quedaban excluidos de las estadísticas municipales, las defunciones no recibían el mismo tratamiento por lo que eran registradas en el distrito donde estaba emplazada la institución sanitaria. Así, la presencia de la Inclusa y Casa de Maternidad en el distrito de la Inclusa prácticamente doblaba la mortalidad de ese distrito ya que, según la Estadística Demográfica para el año 1900, el 45% de las defunciones durante el primer año de vida de ese distrito habían tenido lugar en instituciones (la Inclusa o la Casa de Maternidad)³¹⁴.

La importancia de este efecto se puede ver en cómo el comportamiento del distrito seguía la ausencia/presencia de una institución. En el gráfico 3.6, se puede ver cómo hasta 1923, la mortalidad estuvo recogida en el distrito de Inclusa pero, a raíz del traslado parcial de la Inclusa (en el Asilo de San José) y casi completado finalmente en 1923, el distrito sobre el que repercutió esa mortalidad fue el de Congreso.

Gráfico 3.6. Tasa de mortalidad infantil de los distritos madrileños, 1903-1931.

[Graph 3.6. Infant mortality rate for Madrilénian districts, 1903-1931].



Fuente: Porras Gallo: Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX, 2002, pág.230.

[Source: Porras Gallo: *Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX*, 2002, p.230].

Así, como en los casos anteriores, la demografía madrileña determinaba y era afectada por la Inclusa: pese a que las diferencias higiénico-sanitarias de los distritos o las áreas regionales jugaran un cierto papel en la determinación de la mortalidad, hay una cierta parte de la sobremortalidad de las ciudades y, en este caso, de la ciudad de Madrid, que estaba relacionada con la presencia de instituciones de beneficencia en

³¹⁴ El cálculo de las defunciones ocurridas en la Inclusa según nuestros propios datos es del 37% ya que sólo podemos recoger las defunciones de aquellos enviados a la Inclusa, no pudiendo recoger aquellas producidas en la Casa de Maternidad, antes de que se enviara el niño a la Inclusa.

ellas³¹⁵. Así, la mortalidad infantil que se registra para Madrid está seriamente afectada por la mortalidad expósita, increíblemente elevada como veremos en el capítulo 8, y por tanto no era un reflejo directo de las circunstancias vitales de la infancia madrileña. Por tanto, aunque la mortalidad de la Inclusa estuviera, en principio, determinada por su ubicación en la propia ciudad de Madrid, sus propias características del tratamiento infantil hacían que los niveles alcanzados modificaran esa “supuesta” mortalidad de partida.

3.2.4. LA MIGRACIÓN A MADRID

Finalmente, es importante detenerse brevemente sobre la interacción ciudad-Inclusa en cuanto a la migración. Por un lado, dada su menor (o incluso inexistente) red social de apoyo en la ciudad, los inmigrantes eran más vulnerables a las crisis económicas y posiblemente estaban en peores circunstancias para reaccionar ante situaciones como embarazos no deseados (y recurrir en mayor medida a la Inclusa y Casa de Maternidad). Por otro lado, quizá la disponibilidad de instituciones para hacer frente a estas situaciones también se convertía en un factor atractor de algunas mujeres residiendo en las áreas rurales colindantes.

La capacidad atractora de Madrid, ofreciendo posibilidades a casi todos los segmentos del cuerpo social, hizo que la emigración tuviera un papel si cabe más importante que en el resto de ciudades españolas y mucho más grande que en todo el pasado reciente. En 1900 el porcentaje de población no nativa de la provincia ya era claramente superior al de cualquier otra por encima del 50%, manteniéndose a la cabeza de España todavía en 1930. A diferencia de la media nacional, que refleja una cierta lentitud en el inicio de la movilidad geográfica hasta el despegue en los años 20, Madrid y Barcelona fueron las provincias con un mayor número de residentes no nativos³¹⁶. Las cifras para la ciudad son aún más llamativas: en 1920 el 55% de los residentes de la ciudad ya no había nacido en ella y para 1930 el porcentaje era del 63%³¹⁷.

A finales del siglo XIX dos tipos de inmigrantes llegaban a Madrid, aquellos atraídos por la riqueza y aquellos expulsados por la pobreza³¹⁸. Los primeros contaban con la carrera política y la enseñanza universitaria como elementos atractores³¹⁹. Los segundos acudían expulsados del campo por las difíciles condiciones de supervivencia en ausencia de tierra en los ámbitos rurales, engrosaba las filas de las clases populares, e incluso marginales, madrileñas y buscaban empleo en cualquier tipo de trabajo que

³¹⁵ El trabajo de comprobación de esta hipótesis se está llevando a cabo en el marco de los proyectos a los que se adscribe esta tesis doctoral “La mortalidad en instituciones en el marco de la demografía urbana: Madrid dentro de una comparativa internacional”, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2005-06334) y su continuación “La población de una gran ciudad hace un siglo: mortalidad y estructura demográfica de Madrid a principios del siglo XX dentro de una comparativa internacional” CSO2008-06130(SOCI) financiado por el Ministerio de Ciencia e Investigación y dirigidos por Dr. Diego Ramiro Fariñas en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía del CSIC.

³¹⁶ SILVESTRE RODRÍGUEZ, J.: “Las migraciones interiores durante la modernización económica de España, 1860-1930” en *Cuadernos Económicos de ICE* nº 69, 2005, pág.166.

³¹⁷ RAMIRO FARIÑAS, D.: “Regional Mortality Differentials by Causes of Death in Spain, 1900-1932.” comunicación presentada en el *Congreso I censimenti fra passato, presente e futuro. Le fonti di stato della popolazione a partire dal XIV secolo*, Torino, Italia, 5-6 de noviembre, 2010.

³¹⁸ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, pág.576.

³¹⁹ NIELFA CRISTÓBAL: “Madrid en la crisis finisecular”, pág.273.

podiera ofrecerse: labores esporádicas agrarias en las explotaciones de las afueras de la ciudad, construcción, obras públicas, y en muchos casos, en las peores circunstancias, mendicidad y criminalidad.

En la relación entre los inmigrantes de este último grupo y la Inclusa, vemos claramente la dualidad de la influencia de la institución y la ciudad al observar dos tipos de situaciones que, en la práctica, a través de cifras agregadas, no podemos distinguir. Por un lado estaban las mujeres que acudían a la ciudad y que, una vez allí, necesitaban recurrir a la institución, personificando la influencia del tipo de migración a la ciudad en el tipo de usuarias de la institución. Por otro lado, no obstante, podemos encontrar los casos de aquellas mujeres atraídas a la ciudad por la posibilidad de tener el parto institucionalizado y abandonar a sus hijos.

Entre las primeras, es posible que una buena cantidad hubiera iniciado la migración para trabajar en el servicio doméstico, sector que ocupaba una gran parte de la actividad económica madrileña³²⁰. Muchas de esas mujeres emprendían una migración de tipo temporal a la ciudad con el objetivo de ahorrar y volver a sus pueblos para contraer matrimonio³²¹. Pese a la importancia de este conjunto de mujeres, es importante recordar que la mayor parte de la población se insertaba en la ciudad a través de familias nucleares (ya formadas en origen) formadas por jornaleros casados con amas de casa, tratando de sacar adelante su proyecto familiar. Entre las segundas, es posible que no se pueda hablar realmente de una migración (ya que se trataría sólo de un desplazamiento temporal por razones médicas) o que la migración fuera exclusivamente una consecuencia del parto, por lo que es difícil caracterizar esta población. Es posible que respondieran a patrones muy distintos (en cuanto a edad, empleo, procedencia y estado civil) y que, por tanto, tuvieran una cierta influencia en la determinación de la composición migratoria de la ciudad.

Para nuestros propósitos, sólo podemos describir una serie de aspectos generales que nos permitan ilustrar algunas de las características esperables en esa población y que nos puede permitir hacernos una idea sobre la situación de la comunidad inmigrante en la que se daba el recurso a la Inclusa (independientemente de su intencionalidad inicial). Para ello, hemos repasado su origen, inserción en la ciudad, sex ratio y comportamiento demográfico.

La atracción a la ciudad descansaba en dos importantes incentivos, la promesa de oportunidades de la ciudad y la diferencia salarial, pese a que el coste de desplazamiento entendido en un sentido amplio³²² fuera un factor disuasorio importante del proyecto migratorio. Este coste de desplazamiento aumentaba con la distancia desde su lugar de origen, incrementando la inversión en contactos y el gasto del propio desplazamiento al que se tenía que hacer frente.

³²⁰ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, pág.376 y 571.

³²¹ MORA SITJÀ, N.: "La inmigración en Madrid a mediados del siglo XIX: una primera aproximación", comunicación presentada en el *VI Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Granada, 1-3 Abril, 2004, pág.10.

³²² Seguimos aquí el uso de Silvestre que implica el coste de transporte, el de no trabajar durante el desplazamiento, de búsqueda de trabajo e inserción en el nuevo contexto. SILVESTRE RODRÍGUEZ: "Las migraciones interiores durante la modernización económica de España, 1860-1930", pág.6.

Así, las diferentes posibilidades de gestión de este coste llevaban a la existencia de distintos tipos de proyectos migratorios, entre aquellos que llegaban a la ciudad: los inmigrantes que llegaban desde las áreas cercanas podían buscar suerte en la ciudad, sin un plan concreto, mientras que aquellos procedentes de lugares lejanos generalmente tenían un proyecto de vida claro y ya se habían asegurado algún sustento incluso antes de la llegada a la ciudad³²³. Lógicamente, la tasa de movilidad generalmente disminuía conforme aumentaba la distancia entre origen y destino, reduciendo, en general, los aportes migratorios de lugares muy distantes.

Para 1920, a partir de los datos del censo en donde se recogía la información sobre la naturaleza de los habitantes, se puede obtener una imagen de la contribución provincial a la población madrileña. En el mapa 3.5.a la mayor parte de los inmigrantes residentes en la ciudad de Madrid procedían del anillo de provincias alrededor de Madrid aunque también había importantes grupos de las provincias del norte. Las provincias meridionales, no obstante, aportaban un menor número de residentes a la ciudad aunque nunca tan reducidos como las provincias limítrofes a Barcelona, que aportaban los menores contingentes.

En Madrid, como en otras ciudades, el asentamiento de inmigrantes en la ciudad respondía a patrones muy específicos, relacionados tanto con las redes familiares como con el horizonte laboral. A finales del siglo XIX en el Ensanche Norte y el Este predominaban los inmigrantes de la provincia de Madrid así como de las provincias limítrofes aunque también había otras procedencias. El Ensanche Sur, había un predominio de inmigrantes procedentes de Alicante y, posteriormente, de Toledo³²⁴.

En cuanto a la distribución por sexos, ya hemos comentado en el epígrafe anterior que existía un predominio de mujeres en las edades productivas relacionado con la inmigración para el empleo en el servicio doméstico pero en el mapa 3.3.b podemos precisar un poco más su composición. Se documenta la feminización de la inmigración procedente de las provincias septentrionales frente a una masculinización de la mitad meridional. Entre otras razones aducidas, dada la prevalencia del servicio doméstico como empleo prioritario de las mujeres, se puede comentar la preferencia de las clases altas (notables madrileños, nobleza, etc.) por la contratación de servicio doméstico proveniente del norte de España por sus virtudes morales que representaban el papel de “ejemplos públicos de vetusta cristiandad de sus empleadores” así como en el empleo como nodrizas³²⁵.

Las diferencias entre la población inmigrante y la nativa implicaban una muy diferente inserción en la vida de la ciudad que se correspondía con un distinto comportamiento demográfico, que tampoco era completamente homogénea. Para abordar este tipo de preguntas en la ciudad de Madrid no disponemos todavía de datos suficientes que enlacen las características socio-demográficas con los comportamientos

³²³ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, pág.571.

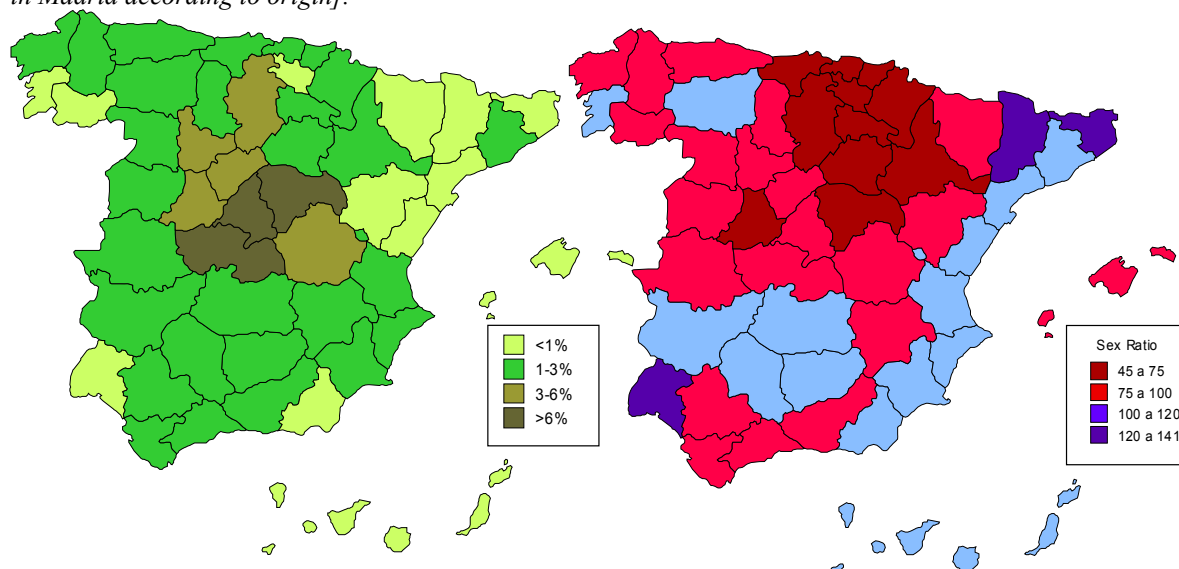
³²⁴ Para este periodo sólo disponemos de información para los distritos del Ensanche: CARBALLO BARRAL, PALLOL TRIGUEROS, y VICENTE ALBARRÁN: “Hacia una ciudad segregada. Rasgos comunes y diferenciales del primer desarrollo del Ensanche Madrileño en sus tres zonas (1860-1880)”, pág.18.

³²⁵ CARBALLO BARRAL: “Los orígenes del Moderno Madrid: El Ensanche Este (1860-1878)”, pág.167. SARASÚA, C.: *Criados, nodrizas y amos: el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, Siglo XXI, Madrid, 1994.

pero podemos esbozar algunas ideas del tipo posible de comportamientos diferenciales en ese colectivo a través de los conocimientos que se han obtenido para otros ámbitos urbanos³²⁶.

Mapas 3.3. a y b. Origen de los inmigrantes residiendo en la ciudad de Madrid en 1920: a) Porcentaje de inmigrantes según provincia de origen; b) Sex ratio de la población presente en Madrid de las distintas provincias.

[Maps 3.3. a and b. Origin of immigrants living in the city of Madrid in 1920: a) Percentage of non-native residents in Madrid according to province of origin; b) Sex ratio of non-native population residing in Madrid according to origin].



Nota: Porcentajes de origen calculados excluyendo los extranjeros y los nacidos en la propia ciudad de Madrid. Sex ratio calculado dividiendo el total de hombres residentes entre el de mujeres para cada provincia. Fuente: Censo 1920, INE. Elaboración propia.

[Note: Percentages computed excluding foreign-born and natives of the city of Madrid. Sex ratio computed dividing total male non-native residents from a specific province by the corresponding total female non-residents of the same province].

Por un lado, en cuanto a la nupcialidad, las diferencias entre el volumen de población masculina y femenina tenía influencia en las dimensiones del mercado matrimonial. Dada la tendencia del colectivo inmigrante a la endogamia matrimonial ya sea por decisión voluntaria por afinidad de origen o por la limitación impuesta por las redes sociales de tipo cultural/regional³²⁷, sería lógico apuntar que este desequilibrio tendría importantes consecuencias en el patrón de nupcialidad de la ciudad. Como ya hemos comentado al referirnos a la ilegitimidad, esto podría implicar la adopción de estrategias de búsqueda de marido que les llevaran a establecer relaciones sexuales con hombres de otros grupos de origen e incluso nativos. Estas últimas relaciones podrían ser más “inseguras”, en el sentido de que los hombres, al no pertenecer al mismo grupo cultural/regional, podrían no verse presionados por el grupo a cumplir con su obligación (promesa de matrimonio, reconocimiento de la paternidad).

³²⁶ Pese a la importantísima contribución al estudio de la evolución de la ciudad de Madrid a lo largo de este periodo que ofrece la información paronal, aún es necesaria la ampliación de los esfuerzos para recopilar y enlazar nominalmente la enfermedad de los registros vitales de todos los habitantes y transeúntes de la ciudad con la información censal para comprender los patrones demográficos en la ciudad.

³²⁷ Entendida aquí como la costumbre de los inmigrantes de contraer matrimonio con miembros de su mismo grupo cultural-religioso-regional. MORA SITJÀ: “La inmigración en Madrid a mediados del siglo XIX: una primera aproximación”, pág.10.

Sobre la fecundidad de los inmigrantes en Madrid ya hemos hablado con anterioridad. Por un lado, existían unos claros límites a la fecundidad impuestos por la inserción de un importante número de mujeres en el servicio doméstico (que suponían una importante parte de la población) y cuya fecundidad, en muchas ocasiones, debía ser de tipo ilegítimo³²⁸.

En cuanto a la mortalidad, es importante apuntar algunas de las explicaciones de la mortalidad de los inmigrantes. La visión tradicional ha igualado la categoría inmigrante con la de población vulnerable y, por tanto, sugiere una mortalidad más extremada y peores condiciones de vida de los nuevos recién llegados a la ciudad, que hemos comentado con anterioridad. Por otro lado, también es importante señalar que existen otras perspectivas al respecto. Se ha argumentado precisamente la situación contraria, *healthy migrant effect*, explicada como un artefacto o por circunstancias naturales. En el primer caso, la aparición de una similar mortalidad entre los inmigrantes se ve como un efecto irreal que se puede deber al registro de la mortalidad o a la selección. Se habla del *salmon bias effect*: el retorno de muchos inmigrantes a su lugar de origen en la vejez o enfermedad reducía artificialmente la mortalidad de ese colectivo.³²⁹ Y, por otro lado, también se habla de un efecto de la selección por salud en los lugares de origen también podría contribuir a estos resultados.

Los análisis que estudian las experiencias vitales de los individuos a través del estudio del curso de vida (*life course approach*) argumentan que esa reducida mortalidad podría deberse a la experiencia de los primeros años de vida en lugares mucho más saludables, que tendrían efectos visibles en la salud de los inmigrantes a largo plazo, haciéndolos más robustos y resistentes al ambiente patogénico que encontraban en las ciudades³³⁰.

El sugerir que la mortalidad de los inmigrantes pudiera ser similar e incluso mejor a la de los nativos es difícil de aceptar teóricamente dado que el estudio de las diferencias de salud tiene como uno de sus pilares interpretativos el análisis de las circunstancias materiales o estatus socioeconómicos. No obstante, la existencia de distintas evidencias tanto históricas como contemporáneas sugiere que distintas relaciones entre estatus socioeconómico, estatus migratorio y salud pueden ser características de distintos momentos del proceso de modernización económica y demográfica, que deben ser explicadas en su contexto. Por tanto, no se puede asumir a priori una relación entre estas variables para nuestra época en Madrid.

3.3. LA INCLUSA Y LA OFERTA ASISTENCIAL MADRILEÑA

La proliferación de instituciones en la ciudad de Madrid respondió a la creciente demanda asistencial de la capital pero, también, estaba relacionada con el papel de la

³²⁸ Este tipo de análisis ha sido realizado para algunos contextos como VAN BAVEL: "Family control, bridal pregnancy and Illegitimacy".

³²⁹ ABRAÍDO-LANZA, A. F. et al.: "The Latino mortality paradox. A test of the "salmon bias" and healthy migrant mypothesis" en *American Journal of Public Health* nº 89, 1999.

³³⁰ Un excelente resumen de estas hipótesis se encuentra en ALTER, G. y ORIS, M.: "Childhood Conditions, Migration and Mortality: Migrants and Natives in 19th-Century Cities" en *Social Biology* nº 52 (3/4), 2005; y ORIS, M. y ALTER, G.: "Paths to the city and roads to death. Mortality and migration in East Belgium during the industrial revolution" en *Revue Belge d'Histoire Contemporaine* nº XXXI, 2001.

ciudad como capital política y centro del sistema de Beneficencia. De hecho, es importante notar que la Inclusa perteneció a la Beneficencia Provincial y que en la ciudad se reunían toda una serie de instituciones que pertenecían a la Beneficencia General y que se asentaban en Madrid, por ser la capital.

A lo largo de nuestro periodo de estudio, se fue desarrollando una limitada oferta asistencial para las mujeres antes, durante y después del parto y para el cuidado y la crianza de la infancia, que podían ser utilizados parcialmente para amortiguar estas difíciles situaciones. No obstante, la dotación presupuestaria e institucional de la ciudad de Madrid estaba en un rango intermedio y no conseguía cubrir la demanda asistencial precisada³³¹. Las instituciones disponibles, la legislación y los dispositivos previstos apenas alcanzaban a solucionar los problemas de unos pocos, haciendo que el abandono fuera el recurso final.

El recurso al abandono infantil era una medida extrema, que respondía a la incapacidad de familias o mujeres solteras de criar a sus hijos por sus propios medios. Para las mujeres solteras, tanto la ocultación del embarazo, como el parto y la crianza del niño eran graves problemas a los que debían enfrentarse y no había un dispositivo institucional que les permitiera sobrellevar esa carga. Si provenían de fuera de la ciudad, la carencia de redes sociales o familiares de apoyo las situaba en una situación de vulnerabilidad total. Si procedían de la ciudad, su situación probablemente era más favorable pero aún así las consecuencias de la violación de las normas sociales/morales y la carga que suponía la crianza de un hijo ilegítimo podían colocar a la madre en una situación que la familia no estaba dispuesta a fomentar. Para las parejas casadas, la llegada de un nuevo niño en una situación de agotamiento de recursos, la inhabilitación temporal o definitiva del trabajo de uno o de los dos cónyuges o incluso la muerte, podían suponer problemas más allá de las posibilidades de respuesta de la familia extendida, si es que ésta estaba disponible en la ciudad.

Para atender a estos problemas, podemos dividir el tipo de instituciones entre aquellas que podían auxiliar a la mujer en el periodo prenatal y aquellas que se destinaron a la ayuda a la crianza. En primer lugar, las posibilidades de atención durante el parto de una mujer en Madrid entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX dependían, fundamentalmente, de su estado civil y de su estatus socioeconómico. Para las mujeres casadas, la mayor parte de partos tenían lugar en los domicilios particulares de las parturientas o de sus familiares. La situación económica de la mujer/familia determinaba fundamentalmente el tipo de atención en el momento del parto. Los médicos sólo solían atender a las mujeres de clases medias y altas con los recursos suficientes. En general, sólo eran llamados para el resto de clases sociales en casos de problemas en el parto. Así, para la mayor parte de la población, la atención del parto estaba en manos de parteras, comadronas y, en algunos casos, familiares.

La “profesionalización” de la carrera de matronas había comenzado a principios del siglo XIX, tratándose de mejorar su “nivel científico”³³². El proceso continuó a través de los reglamentos de 1861 y 1888, haciéndoles jurar: asistir de limosna a los pobres de solemnidad; guardar el secreto; negarse a cooperar o aconsejar para el aborto; y no dar

³³¹ KRAUSE, M.: “La legislación sobre beneficencia y su práctica en el cambio de siglo” en ALVAREZ JUNCO, J. (Ed.), *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, pág.203.

³³² Ordenanza de Carlos IV de 1804.

medicamentos ni hacer maniobras difíciles, caso en el que tenían que recurrir a los facultativos. La escasez de matronas tituladas hacía que la mayor parte de los partos fueran atendidos por comadronas y parteras sin titulación. En Madrid, entre 1853 y 1912 obtuvieron su título de matronas 321 mujeres pero aún así, no se cubría la demanda y las parteras irregulares seguían ejerciendo, así como las familiares de la puerpera, madres o hermanas.

Para las mujeres solteras o viudas, muchas veces dar a luz en el domicilio propio no era posible por diversas razones (falta de recursos económicos, residencia en la casa de los señores, rechazo familiar, etc.). Igual ocurría con el caso de algunas mujeres casadas pobres, que carecían de los recursos necesarios para costear un médico. La alternativa era la Casa de Maternidad, que se configuró como la instalación especializada en la atención al parto de la ciudad de Madrid. Algunos partos todavía ocurrían en otros lugares, como el Hospital Provincial, el de la Princesa, pero eran rápidamente enviados a la Casa de Maternidad.

Según la legislación de beneficencia, para las mujeres pobres casadas había un último recurso, acudir en el momento del parto a los facultativos de las Casas de Socorro del distrito en el que residían, dónde debían ser atendidas gratuitamente. La mujer soltera, prostituta o viuda embarazada, estaba explícitamente excluida de esta provisión según el artículo 42 del Reglamento de la Beneficencia Municipal³³³. Esta normativa estuvo en vigor al menos hasta 1902, cuando Hauser denunciaba el uso de este tipo de argumentos morales para rechazar la atención municipal de estas mujeres “desgraciadas” pese a que había desaparecido formalmente de los reglamentos en 1899³³⁴.

La Casa de Maternidad fue casi la única institución de la ciudad que se ocupaba de la maternidad hasta mediados de los años 1920. En 1924 se inauguró en la calle O'Donnell la Casa de Salud de Santa Cristina cuya gestación se había iniciado 22 años antes, a raíz de la crítica de Hauser del establecimiento de la Casa de Maternidad³³⁵. Surgida de una iniciativa femenina e impulsada por Amalia Loring (esposa de Francisco Silvela) y el dr. José Gálvez Ginachero, consiguió el apoyo político de la Reina Victoria Eugenia para su desarrollo. En su reglamento se declaraba como objeto “proporcionar a las embarazadas pobres o no pudientes un albergue sano, dotado de asistencia lo más completa posible”. También sirvió para extender el recurso a la maternidad institucionalizada a otras capas de la sociedad (clase media o acomodada) dada la previsión de condiciones especiales para las mujeres “pudientes” que pudieran costear su estancia y así dar ejemplo al resto de mujeres³³⁶.

Por último lugar, la ley del seguro maternal incluyó una previsión en su protección de la mujer embarazada que se puso en marcha en los años 30 ofrecía a las obreras los servicios gratuitos de las matronas para impedir que, por la penuria económica, fueran atendidas por familiares y aficionadas. No obstante, dada la limitada base social a la que se aplicaba la legislación (obreras) esta mejora tampoco supuso un cambio radical³³⁷.

³³³ Reglamento de la Beneficencia Municipal y Casas de Socorro de 1875.

³³⁴ HAUSER, P.: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, vol. I, Editora Nacional, Madrid, 1902, pág.452-453.

³³⁵ Ibid., Sobre la crítica de Hauser a la Casa de Maternidad, ver el capítulo 4.

³³⁶ COLOMER GÓMEZ y ANABITARTE PRIETO: “Maternidad de Santa Cristina. 100 años de la gestación de un sueño, 1903-2003”, pág.37-41

³³⁷ GONZÁLEZ CASTILLO: “Las matronas malagueñas, un colectivo profesional discriminado en la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)”.

Para proteger a la infancia y ayudar a las madres pobres en su crianza, se desarrollaron dos tipos de actuaciones, una de tipo asistencial y una de tipo médico. El primer tipo de intervenciones tenía una aproximación todavía benéfica a las dificultades de las mujeres de las clases populares.

Entre las funciones de las Casas de Socorro, estaba la prestación de ayudas a los necesitados en el ámbito local, aunque la asistencia relacionada con la maternidad no era muy alta. Fundamentalmente se concedían bonos de alimentación durante los 8 días siguientes al parto (se componían de pan, carne, tocino, garbanzos, chocolate, carbón) y ayudas para lactancia, por las que se concedían 15 pesetas para la contratación de una nodriza durante 12 meses. Los requisitos para recibirlos limitaban su impacto: además de demostración de pobreza, se restringían las usuarias potenciales a las residentes en el distrito y se excluía a las viudas y solteras³³⁸.

Además de estas ayudas, se inició la fundación de un tipo institución caritativa que pretendía aliviar la situación de las madres trabajadoras: la casa-cuna, también llamada *crèche*, asilo infantil, etc. Su función era recoger a los hijos de las madres trabajadoras mientras éstas estaban trabajando. Entre los esfuerzos más tempranos documentados se encuentra el Asilo para los Hijos de las Cigarreras de cuyo gobierno se encargó la Junta de Damas que también gobernaba la Inclusa, fundado por la Reina María Victoria, para “que los hijos de las cigarreras estuviesen recogidos en él durante las horas de trabajo en la fábrica”, institución que albergaba a unos 60-80 niños diariamente³³⁹.

A partir de los años 90 del siglo XIX, empezaron a surgir otras instituciones similares fundadas por particulares. Uno de los proyectos más importantes fue el asilo de Reina Victoria fundado por los marqueses de Aledo en 1893 a semejanza de las *crèches* alemanas que pretendía “acoger al niño, ocupándose de su triste situación a los pocos meses de nacer y de los medios de mitigar su abandono” y también proteger a las “madres que quieren pero no pueden trabajar porque el cuidado, y hasta el estorbo material de sus hijos se lo impide o dificulta”. La primera casa cuna fundada en 1893 fue seguida en 1894 de la creación de una fundación que fue abriendo sucursales a lo largo de la geografía madrileña, llegando a tener 9 ya en 1911³⁴⁰.

El peso del pensamiento médico y la preocupación prioritaria por la reducción de la mortalidad infantil hizo que la mayor parte de los esfuerzos no estuvieran centrados en las necesidades reales de las madres madrileñas. No se contemplaba la posibilidad de compatibilizar trabajo y maternidad ni la creación de instituciones que permitieran a las mujeres sobrellevar la maternidad en una situación de necesidad en la ciudad (por la soltería o por la situación económica familiar) y, por tanto, alejarlas del abandono. Los

³³⁸ KRAUSE: “La legislación sobre beneficencia y su práctica en el cambio de siglo”, pág.213; RODRÍGUEZ OCAÑA: “Una medicina para los niños”, pág.151; y CARBALLO BARRAL, B.: “La beneficencia municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915)”, comunicación presentada en el Congreso *MODERNIZAR ESPAÑA. 1898-1914. Proyectos de reforma y apertura internacional en torno a la Conferencia de Algeciras*, Madrid, 20-22 de abril, 2006, pág.12.

³³⁹ Guía del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, Madrid, 1898.

³⁴⁰ GÓMEZ CANO, M.: “Los asilos-cunas” en *Pro Infancia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Agosto, 1911, pág.340; y HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.463-464.

esfuerzos obviaban esa realidad y se concentraron exclusivamente en aleccionar a las mujeres como madres al tiempo que rechazaban el abandono.

Surgieron dos tipos de instituciones: por un lado, aparecieron instituciones dedicadas exclusivamente a la atención médica de la infancia (y de sus enfermedades, en general) y, por otro, instituciones dedicadas a la intervención activa en la lucha contra un tipo de mortalidad (la asociada a la alimentación). Las primeras tendieron a surgir del ámbito de la beneficencia pública. A nivel provincial, el primer hospital especializado en la infancia en Madrid fue fundado en 1877 por la duquesa de Santoña, dotado de tres salas con unas 50 camas. Poco después de su fundación se incorporó a las instituciones dependientes de la Beneficencia Provincial³⁴¹. A nivel municipal, a partir de 1893 empezó a funcionar un Consultorio para niños enfermos en la Casa de Socorro del distrito de Palacio (aunque independiente de ésta) dedicado a la atención pública y gratuita de los hijos menores de 15 años de familias pobres, funcionando exclusivamente como una consulta médico-quirúrgica.

El otro tipo de acercamiento provino de la iniciativa privada a través de las Gotas de Leche, instituciones indicadas para la intervención directa en la lucha contra la mortalidad infantil en el tema concreto de la alimentación. A pesar de que en Europa este tipo de instituciones habían florecido ya durante la última década del siglo XIX, en España no empezaron a instalarse hasta el nuevo siglo. Siguiendo la inauguración de la primera en Barcelona en 1902 (por Felipe Cardenal, Ignacio Girona y Soler Fajarnés), en Madrid se instaló la primera Gota de Leche en 1904 por iniciativa de Rafael Ulecia y Cardona y financiado por los marqueses de Casa Torre. Las funciones de estas instituciones eran el socorro benéfico (en forma del reparto de leche de buena calidad) y la educación higiénica, que era la prioridad para los médicos. Aunque también se vigilaba la salud de los niños, en general, estaban focalizados en la alimentación³⁴².

Ambas intervenciones abordaban aspectos distintos de la salud infantil y poco después se convirtieron en los dos brazos de intervención pública. Dado el reconocimiento de la labor realizada por la Gota de Leche en la lucha contra la mortalidad infantil, se inició la ampliación de funciones del primer consultorio del distrito de Palacio, que años más tarde se convirtió en la Institución Municipal de Puericultura³⁴³. En una primera fase, entre 1908 y 1913, sus funciones se vieron ampliadas al reparto de leche maternizada para un reducido número de niños. En una segunda fase, tras la presentación del dr. Gómez Herrero de un proyecto de transformación al alcalde, se concedió la financiación para transformar el pequeño consultorio inicial en la Institución Municipal de Puericultura. La nueva estructura incluyó, además de la consulta médico-quirúrgica para los niños pobres, una consulta para menores de dos años (parte para lactancia vigilada y parte para gota de leche) y una escuela de maternología. Y se fueron creando nuevas sucursales en los demás distritos madrileños, de modo que para 1926 ya existían al menos otros siete establecimientos³⁴⁴.

³⁴¹ RODRÍGUEZ OCAÑA: “Una medicina para los niños”, págs.149-193.

³⁴² Ibid., págs.158-160.

³⁴³ ALVAREZ PELÁEZ: “La búsqueda de un modelo institucional de protección a la infancia: institutos, guarderías y hogares infantiles. España, 1900-1940”, pág.162.

³⁴⁴ GÓMEZ HERRERO, D.: *Historia, organización y modos de funcionar de la Institución Municipal de Puericultura*, Imprenta de Juan Pérez Torres, Madrid, 1926, págs.7-8 y 28.

Junto a este tipo de establecimientos, florecieron durante el siglo XX y, particularmente a partir de la aprobación del Reglamento de la Ley de Protección a la Infancia, nuevas instituciones destinadas a distintos grupos de niños, que convivieron con las instituciones tradicionales que se habían destinado a huérfanos, niños ciegos, etc. Entre ellas podemos citar el Hospicio de San Fernando que se ocupaba de niños mayores de 7 años, con una capacidad de unos 800 plazas aunque generalmente albergaba cerca de 1200 niños; el Colegio de Santa Catalina de los Donados para niños ciegos; los Asilos de San Bernardino y de la Noche para mendigos; el Colegio-Asilo y Taller de Nuestra Señora de la Paloma para moralización y recogida de menores; el Colegio de la Paz para las niñas de la Inclusa y el Colegio de Nuestra Señora de los Desamparados para niños, así como, más adelante el Colegio Pablo Iglesias, etc.³⁴⁵

Toda una red de instituciones atendía distintas necesidades de las mujeres embarazadas y de la infancia pero cada una de ellas sólo podía atender a un reducido número de niños, muchas estaban financiadas privadamente y no tenían una admisión libre y no cubrían todas las necesidades reales de la población residente en Madrid. Así, pese a la existencia de todas estas opciones, la maternidad y el cuidado de los niños eran momentos críticos en la vida de las mujeres, casadas o solteras, y la Inclusa se ofrecía como una institución que podía albergar todos aquellos niños que no podían o querían ser recogidos por otras instituciones. Así, la Inclusa era un último recurso pero también un recurso distinto de los existentes que podía llegar a ofrecer una flexibilidad ausente en todos los demás.

Dada la configuración específica de las inclusas nacionales en respuesta a las demandas y particularidades de los distintos espacios regionales, nuestra caracterización de Madrid ha puesto de relieve la situación de la ciudad a principios del siglo XX para permitarnos visualizar la imbricación específica de la institución en las dinámicas de la ciudad. La modernización económica y política que permitió que Madrid se convirtiera en la una verdadera metrópoli no sólo tuvo consecuencias globales sino que afectó también la propia evolución de la institución. La institución no estuvo al margen del tejido demográfico y asistencial de la ciudad. Por un lado, la Inclusa estaba afectada y afectaba los eventos demográficos de la ciudad. Por otro, su papel asistencial, extendido a usos a los que no estaba específicamente destinada, surgió de la incapacidad de la oferta de la ciudad de responder a las necesidades de su población.

³⁴⁵ GUTIÉRREZ SÁNCHEZ, M.: "Crisis social y asistencia pública en el último cuarto de siglo" en ALVAREZ JUNCO, J. (Ed.), *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, KRAUSE: "La legislación sobre beneficencia y su práctica en el cambio de siglo". "

RESUMEN CAPÍTULO 3

La evolución de las distintas Casas de Expósitos en el ámbito nacional estuvo determinada por la respuesta particular dada por las Diputaciones provinciales, instituciones de las que dependían, a las circunstancias sociales y económicas del área en el que estaban ubicadas. Por tanto, el objetivo de este capítulo ha sido destacar una serie de aspectos de la ciudad de Madrid que nos permiten entender la evolución de la Inclusa de Madrid y sus características en su marco geográfico específico.

En la sección 3.1 hemos descrito cómo en este periodo Madrid fue adquiriendo las características que la convirtieron en una ciudad con un papel similar al de otras metrópolis europeas: espacio de articulación de los espacios económicos nacionales, nudo de comunicaciones y centro de servicios y decisiones. Tres factores se han considerado en este proceso: el tamaño de la ciudad, la capitalidad política que ejerció un papel atractor para convertir Madrid en una ciudad de servicios y la asunción de la capitalidad financiera. Pese a la falta de industrialización inicial, la inmigración puso en marcha la urbanización de la ciudad y la construcción inmobiliaria se convirtió en el sector prioritario de la ciudad, sobre todo a través del proyecto del Ensanche.

En la sección 3.2. hemos descrito la compleja relación entre la demografía de la ciudad y la de la institución. Por un lado, la dinámica demográfica de la ciudad condicionaba la población que recurría al depósito de niños en la Inclusa y, por otro lado, la institución a la vez determinaba parcialmente algunas dinámicas de la ciudad y de su imagen. Igual que en estaba ocurriendo en el ámbito económico y político, la dinámica demográfica de la ciudad Madrid estaba plenamente en las coordenadas europeas (del sur de Europa), con un retraso de 10-15 años en la cronología. Sin embargo, estaba en pleno proceso de transición demográfica (la fecundidad descendía desde principios del siglo XX y la mortalidad en la infancia entre 1870 y 1887). La migración adquirió una elevada intensidad y el crecimiento poblacional fue espectacular durante ese periodo: de 500. 000 en 1900 a casi un millón en 1930 (gráfico 3.1).

La fecundidad en la provincia era relativamente baja comparada con la española (3,5 frente a 5,5) pero la fecundidad ilegítima estaba entre las más elevadas del país (con una media del 20% de nacimientos ilegítimos). Ambas experimentaron un descenso durante el primer tercio del siglo XX (índice sintético de fecundidad de 2,9 e ilegitimidad alrededor del 15%). Su distribución en la ciudad seguía el patrón de diferencias socioeconómicas de los distritos: elevada natalidad e ilegitimidad asociada con los distritos y poblaciones más pobres (mapas 3.1 y 3.2), uno de los cuales era el distrito de Inclusa, que recibía el nombre de la institución. No obstante, esta imagen estaba afectada por el hecho de que los datos se adscribían al lugar de ocurrencia y no de residencia. Este hecho distorsionaba la imagen de aquellos lugares donde se alojaban instituciones de beneficencia y sanitaria. Por un lado, aunque se contabilizaran los partos institucionales al margen de las estadísticas de nacimientos domiciliarios, algunos quedaron fuera de su control. Además, el papel de la Casa de la Maternidad dentro de la natalidad institucional era muy importante, llegando a suponer hasta el 80% de esos nacimientos (gráfico 3.3.). Por otro lado, el incremento de la ilegitimidad asociada a los alrededores de la Inclusa puede deberse a un efecto indirecto: normalización de la ilegitimidad y de las posibilidades de responder ante ella.

La mortalidad de la ciudad era de las más elevadas del país, como sugiere la denominación de “la ciudad de la muerte” que recibió de algunos contemporáneos, pese al descenso en las edades infantiles desde finales del siglo XIX. En 1900 la esperanza de vida en la ciudad era de 28 años, muy por debajo de la media nacional, que estaba en 36 años. En 1900 la mortalidad infantil de la ciudad era 233‰ aunque experimentó un importante descenso, cayendo al 116‰ en la década de 1930 (gráfico 3.5 y 3.6). Esta mortalidad se puede explicar a través de las condiciones de habitabilidad de las ciudades relacionadas con la mortalidad general (deficiente situación higiénico-sanitaria, densidad de población, hacinamiento, uso de recursos comunes, enfermedades endémicas, falta de infraestructuras, etc.) No obstante, es importante mencionar que otras explicaciones de la mortalidad urbana han apuntado a la peor experiencia de salud de los inmigrantes y, particularmente, las instituciones de beneficencia (donde un importante número de inmigrantes moría) como responsables de la sobremortalidad urbana. Y, en este sentido, Madrid ofrece un caso ilustrativo ya que el 45% de las defunciones durante el primer año de vida del distrito de Inclusa (que alcanzó cifras del 500‰) eran de niños abandonados en la institución. Así, se ve claramente el dramático efecto que tenía la mortalidad institucional (que incluía niños nacidos de fuera de la ciudad así como de madres no nativas) sobre las estimaciones del distrito y de la ciudad.

La migración en el primer tercio del siglo XX fue espectacular y, a finales del periodo (1930), el 63% de los residentes no había nacido en ella. No obstante, podemos observar una vez más esta doble relación ciudad e institución. Por un lado, tanto el volumen como la vulnerabilidad asociada a la población inmigrante determinaban las usuarias potenciales. Por otro lado, la propia institución era en sí misma un foco atractor de migración. Así, existían diferentes proyectos migratorios en relación con la Inclusa: aquellas mujeres que recurrían a la Inclusa después de haber residido en la ciudad por algún tiempo y aquellas que llegaban (y/o permanecían) a la ciudad para recurrir a la institución. El mayor peso de la inmigración procedía de las provincias cercanas, con un menor coste del proyecto migratorio. Esto podía conllevar una menor estabilidad a la llegada. Aquellas provenientes de provincias lejanas podían tener mayor planificación y mayor estabilidad (mapa 3.3.). Estas diferencias podían implicar muy distintas predisposiciones de recurrir a la Inclusa. Además, la migración a la ciudad para las mujeres tenía el objetivo de trabajar en el sector doméstico, sobre todo en las provincias aledañas a Madrid. Éste era el empleo femenino mayoritario de las mujeres residentes en Madrid (más del 75% de aquellas declarando un empleo extra-doméstico), suponiendo una situación de máxima vulnerabilidad ante un embarazo no deseado.

En la sección 3.3 hemos finalizado la descripción del contexto en el que se asentó la Inclusa a través del repaso de la dotación caritativa, asistencial y sanitaria para ofrecer auxilio a las mujeres durante embarazo, parto y crianza de los niños. Conforme la preocupación por la mortalidad infantil se trasladó en medidas específicas para combatirla, la situación de las mujeres mejoró pero siempre fue muy frágil. Para el embarazo y parto, la Maternidad adjunta fue hasta 1926 la única institución dispuesta a admitir mujeres independientemente de su estado civil. Las casadas tenían la opción de recurrir a las Casas Socorro Municipales. A partir de 1926, la Casa de Salud de Santa Cristina se incorporó a la oferta de asistencia sanitaria, completamente independiente de la Inclusa para mujeres de cualquier estado civil.

La ayuda a la crianza estuvo determinada por los mismos criterios morales que la ayuda al embarazo o al parto. Las Casas de Socorro sólo ofrecían ayuda en forma de

bonos de comida o ayudas de lactancia a las casadas. El número de *crèches* privadas era muy limitado. Las instituciones médicas eran de tipo general. En 1893 se abrió el consultorio de niños de pecho en Madrid (Casa de Socorro del distrito de Palacio) dentro de la Beneficencia municipal. Y en 1904, promovido por la iniciativa privada (Rafael Ulecia y Cardona) la primera Gota de Leche en Madrid (rápidamente seguida por otras fundaciones similares). Así, aunque existían algunas iniciativas para ayudar a las madres durante el embarazo, parto y crianza, no eran muy numerosas y la Inclusa se era una de las opciones prioritarias.

SUMMARY CHAPTER 3

The particular evolution of the different foundling hospitals in Spain was determined by the response each Provincial Council (*Diputación Provincial*), the institution in charge of provinces, gave to its social and economic environment. Thus, the aim of this chapter has been to study some aspects of the city of Madrid that allow us to understand the evolution of the FHM and its characteristics.

In section 3.1 we have briefly described how in this period Madrid acquired the characteristics that made it a city no different to other European metropolis. There were three factors in this process: the size of the city; its role as political capital that turned the city into an attraction centre to create a city of service and communication nucleus; and the gradual assumption of financial leadership. In spite of the lack of initial industrialization, immigration to the city kicked off the city's urbanization, making property development the main sector in the city, especially through the city's enlargement project (*El Ensanche*).

In section 3.2 we have described the complex relationship between the city's demography and the institution's. While the city's demographic dynamics conditioned the population that could resort to leaving children at the FHM, at the same time, the institution partially determined some of the city's dynamics and also its image. Similarly to what was happening in the economic and political domain, the city of Madrid's demographic dynamic was completely on European co-ordinates (the southern version). In spite of a 10-15 years chronological delay, Madrid had entered the demographic transition process completely: fertility decreasing from the beginning of the 20th century, infant mortality between 1870 and 1887 and very intense migration that led to a spectacular population growth: starting with less than half a million of inhabitants in 1900 to almost reaching one million by 1930 (graph 3.1).

Madrid's fertility was relatively low, compared to Spanish rates (3.5 vs. 5.5 total fertility rate), but illegitimate fertility was among the highest in the country (an average of more than 20% illegitimate births). Both experienced a decline during the first third of the 20th century (total fertility rate of 2.9 and illegitimate fertility around 15%). Their distribution in the city followed the usual socio-economic difference pattern by districts: higher birth rates and illegitimacy ratios in the poorest districts and populations (maps 3.1 and 3.2), one of which was precisely the *Inclusa* district, which took its name from the FHM (*Inclusa* in Spanish). However, this image was affected by the fact that event registration was made according to the place of occurrence instead of residence. This fact distorted the image of those districts that housed health or charity institutions. On the one hand, even if institutional births were reported separately from births taking place at private addresses, some were not accounted for properly. Moreover, the role of the Maternity Hospital (MH) in institutional births was very important, accounting up to 80% of those births (graph 3.3). On the other hand, the increase in illegitimacy associated with the surroundings of the FHM may be due to an indirect effect: regularization of illegitimacy and the possibilities of dealing with it.

Madrid's mortality was among the highest of the country, as the name "city of death", given by some contemporaries suggests, in spite of the decline for the youngest ages from the late 19th century onwards. In 1900, life expectancy in the city was 28

years, well below the national average, 36; infant mortality was 233‰, although it rapid decrease, reaching 116‰ in the 1930s (graphs 3.5 and 3.6). This mortality can be explained through the habitability conditions of cities, related to general mortality (deficient hygienic and health, population density, crowding, use of common resources, endemic diseases, infrastructure deficits, etc.) However, it is important to mention that other explanations of mortality have pointed at the worse outcomes experienced by migrants and, particularly, charity institutions (where an important number of migrants died) as partially responsible for urban penalty. The case of Madrid, with a 45% of deaths during first year of life in the *Inclusa* district (which reached 500‰ infant mortality rates) belonging to children abandoned in the FHM, shows the dramatic effect that institutional mortality (which included children born outside the city and those born of migrant mothers) could have on the estimations for the district and the city.

Migration during the first third of the 20th century accounted for large proportions of population in the city: at the end of the period, 63% of residents was non native. However, we can see the double relationship city-institution. On the one hand, logically, the size and the vulnerability generally associated to migrant population determined potential users of the institution. On the other hand, the institution itself was an attractor pole for migration, as it offered women living in nearby villages the possibility of getting rid of unwanted children. Accordingly, there were different migratory projects surrounding the FHM: women resorting to the institution after residing for some time in the city and those arriving to and/or remaining in the city precisely to resort to the institution. The highest number of migrants arrived from the closest provinces, as it implied less costly migratory project which, at the same time could in itself imply less stability at arrival. The project of those travelling from distant provinces could possibly have been more planned, accordingly implying and a higher level of stability or security at arrival (map 3.3). These differences could additionally imply very different predispositions (or actual manners) of resorting to the institution. Finally, migration to the city for women engaged in the domestic service, particularly for those arriving from the provinces close to Madrid (in which migration was more feminized). This was the most common employment for women living in the city (more than 75% of those declaring extra-domestic employment), and involved higher vulnerability in case of unwanted pregnancy.

In section 3.3 we have finished the description of the FHM context through the brief commentary on the charitable, assistance and health institutions available for aid to women during pregnancy, delivery and child rearing. As the concern over child mortality was expressed in specific measures to reduce it, women's situation improved, although it was always quite fragile. For pregnancy and delivery, the Maternity Hospital installed in the adjacent building to the FHM until 1926 was the only institution willing to take any woman no matter their marital status. Only married women could attend the municipal First Aid Dispensaries (*Casa de Socorro*), legally until 1899 but unofficially at work until much later. From 1926 onwards, the Santa Cristina Maternity Hospital joined the Madrilenian health offer, completely independent from the FHM for women regardless of their marital status. Aid for child rearing was determined by the same moral criteria than delivery and pregnancy assistance. First Aid dispensaries only offered help as food vouchers or breastfeeding aid for married women. Private *crèches* were very limited and they were too expensive for many women. Medical institutions were for the general public until in 1893 the first Dispensary for little children was opened in Madrid (inside the First Aid Dispensary in the district of Palacio) as part of

the municipal welfare organization. In 1904, funded by private initiative (Rafael Ulecia y Cardona) the first *Milk Depot* was inaugurated in Madrid and was rapidly followed by similar foundations. To sum up, there were initiatives to help mothers during pregnancy, delivery and child rearing, but they were not numerous and the FHM (for birth but also for abandonment) was the priority option for most women.

CAPÍTULO 4. LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD. ANTECEDENTES, TRANSFORMACIONES Y TENDENCIAS EN LA ATENCIÓN A EMBARAZADAS Y EXPÓSITOS EN MADRID

La Inclusa de Madrid ha formado parte de la oferta caritativa y más tarde benéfica de la ciudad de Madrid desde su fundación en 1572 aunque, desde mediados del siglo XIX, adquirió un nuevo perfil gracias a las transformaciones en sus funciones, objeto, funcionamiento y el tipo de “clientela”. Así, en el momento de su clausura en 1982 era un tipo de institución muy distinto, incluso en el nombre, de la fundación inicial aunque aún mantenía ciertos rasgos de continuidad.

Hasta el momento no se ha realizado ningún esfuerzo comprensivo que aborde la historia de la institución desde su fundación hasta su cierre³⁴⁶. Es importante reseñar el trabajo de Espina como un esfuerzo en esa dirección, por su invaluable recolección de material referido a la institución a lo largo de su historia, pero que no puede considerarse una historia en sentido estricto³⁴⁷. El otro trabajo con una amplia cobertura sobre la Inclusa es el discurso de Pérez Moreda sobre la infancia abandonada en la Inclusa de Madrid tenía un papel muy importante, incorporando la reconstrucción de las series de admisiones desde el origen de la institución³⁴⁸.

Tras el trabajo inicial de Fernández Vargas sobre las posibilidades del archivo de la Inclusa en 1970³⁴⁹, la historiografía ha utilizado ampliamente esa fuente, concentrándose de manera particular en los periodos iniciales de la institución, y en el Antiguo Régimen. Desde la mitad del siglo XIX hasta 1982 el interés ha sido menor. En 1994 se defendió la memoria de licenciatura de García Sánchez³⁵⁰ sobre la institución durante la guerra civil y, en 1998, las hermanas Vidal Galache publicaron un trabajo que cubría la primera mitad del siglo XIX³⁵¹. Alfredo Santos ha estudiado el periodo de la mediata posguerra³⁵² y nuestro trabajo cubre la historia entre el final del siglo XIX y el inicio de la guerra civil³⁵³.

³⁴⁶ Sólo se dispone de un par de artículos cortos escritos por médicos ligados a la institución en los años sesenta y setenta.

³⁴⁷ ESPINA PÉREZ, P.: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid, Madrid, 2005.

³⁴⁸ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*.

³⁴⁹ FERNÁNDEZ VARGAS, V.: “Informe sobre el archivo de la antigua Inclusa de Madrid, hoy Instituto Provincial de Puericultura” en *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº V, 1970.

³⁵⁰ GARCÍA SÁNCHEZ, M. I.: “La Inclusa de Madrid” en *Historia* 16 nº 275, 1999

³⁵¹ VIDAL GALACHE, F. y VIDAL GALACHE, B.: *Bordes y bastardos: una historia de la Inclusa de Madrid*, Compañía Literaria, Madrid, 1994.

³⁵² SANTOS MENÉNDEZ, A.: “El abandono de la infancia en Madrid (1939-1945)”, en *Trabajo de Fin de Máster defendido en el Departamento de Historia Contemporánea*, Universidad Complutense de Madrid, 2009.

³⁵³ Una primera aproximación a la evolución de la institución fue presentada en el trabajo preliminar REVUELTA EUGERCIO, B. A.: “La Inclusa de Madrid en el primer tercio del siglo XX. Entre los usos de la Beneficencia y la demografía de los expósitos. Madrid, 1900-1931”, Trabajo Académico de Tercer Ciclo defendido en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 2008. Además se han realizado una serie de trabajos, comunicaciones a congresos y artículos sobre distintos aspectos de este periodo.

4.1. ANTECEDENTES: LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD HASTA FINALES DEL SIGLO XIX

4.1.1. DESDE LA FUNDACIÓN HASTA FINALES DEL SIGLO XVII

El periodo de la fundación ha sido estudiado por Leoz en su memoria de licenciatura y reseñado en casi cualquier trabajo posterior. La Inclusa se fundó en 1572, en el contexto de la caridad cristiana, por la Cofradía de Nuestra Señora de la Soledad y las Angustias en el Convento de la Victoria con el objetivo, entre otros, de cuidar niños abandonados, generalmente ilegítimos, que poco tiempo después se convirtieron en su único objeto³⁵⁴. Tras un tiempo enteramente en manos de la caridad privada, su importancia hizo que pasara a depender de la Corona desde 1606, recibiendo rentas reales. Así, pasó a depender directamente del Consejo de Castilla, bajo cuyo gobierno estuvo cerca de dos siglos.

La evolución de la Inclusa en el siglo XVII ha sido estudiada por Larquié³⁵⁵ y el grupo del profesor Alvar Ezquerro³⁵⁶ y el siglo XVIII ha recibido un buen número de trabajos: varios artículos sobre aspectos específicos³⁵⁷ además de la monografía de Joan Sherwood³⁵⁸. Carabajo Isla reconstruyó la serie completa de nacimientos y defunciones en la Inclusa desde el siglo XVI hasta mediados del XIX y el efecto de la institución su efecto sobre la natalidad y mortalidad de la ciudad de Madrid, dentro de sus estimaciones de la evolución de la demografía madrileña desde el siglo XVI a mediados del XIX³⁵⁹. Además de su contribución general a la historia de la institución, este periodo de la institución también fue contemplado por Pérez Moreda en particular, en su estudio de las crisis de mortalidad, uno de los primeros trabajos específicamente interesados en la mortalidad expósita en el Antiguo Régimen³⁶⁰.

En general, para estos siglos se describe un funcionamiento deficiente de la institución, fuerte presencia de niños de origen ilegítimo y elevado número de entradas. Hasta 1700 el número de abandonos anuales rondaba los 500 pero durante todo el siglo XVIII la serie muestra un paulatino incremento, interrumpido por crisis que elevaban

³⁵⁴ Pese a que esta es la explicación más extendida, hay evidencias que sugieren otras posibilidades. Algunos autores señalan evidencias de un inicio anterior. Espina en su prólogo señala que el primer libro parece de 1505, con el niño Manuel y, de ahí, se pasaba al libro de 1582. Más adelante, comenta que “En 1543 en el archivo histórico de la villa de Madrid, tomo 10 de su registro, pone El Hospital del Hospicio y en la página 431 del mismo registro figura anotado “Inclusa y Colegio de la Paz”. Año 1546, ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, págs.24 y 31.

³⁵⁵ LARQUIÉ, C.: “La crianza de los niños madrileños abandonados en el siglo XVII” en *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº 23, 1986; LARQUIÉ, C.: “Le poids financier de l'abandon de l'enfant à Madrid”, *Enfance abandonée et société en Europe*, École Française en Rome, Rome, 1991.

³⁵⁶ ALVAR EZQUERRA, A. et al.: “Algunos resultados de la aplicación del nuevo Plan de Estudios” en *Cuadernos de Historia Moderna* nº 17, 1996.

³⁵⁷ DE DEMERSON, P.: “La Real Inclusa de Madrid a finales del siglo XVIII” en *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº 8, 1978 y SHERWOOD: “El niño expósito: cifras de mortalidad de una Inclusa del siglo XVIII”.

³⁵⁸ SHERWOOD, J.: *Poverty in eighteenth-century Spain: the women and children of the Inclusa*, Toronto University Press, Toronto, 1988.

³⁵⁹ CARBAJO ISLA: *La población de la villa de Madrid desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX*.

³⁶⁰ PÉREZ MOREDA: *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*.

las admisiones hasta los 700 casos en algunos años. En 1800 ya se habían alcanzado los 800 abandonos anuales.

4.1.2. LA INCLUSA BAJO LA JUNTA DE DAMAS Y LA REGLAMENTACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO (1799-1850)

Desde principios del siglo XIX se pueden rastrear los primeros cambios que lentamente transformaron la función y el uso de la institución. El inicio de éstos fue precedido de la entrada de una nueva dirección en la Inclusa, que le dio un nuevo rumbo a la institución. Al amparo de las nuevas ideas ilustradas, que recogían las nuevas inquietudes filantrópicas y el interés por la renovación de las actividades asistenciales por parte de las clases altas, la Inclusa quedó bajo tutela de una junta de señoras. La Junta de Damas de Honor y Mérito, agrupación de mujeres nobles de Madrid, constituida en sección autónoma de la Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País mostró interés en las actividades de la Inclusa a finales del siglo XVIII y obtuvo su dirección en 1799³⁶¹.

La evolución de la Inclusa en el siglo XIX estuvo, por tanto, marcada por la entrada en escena de la Junta de Damas de Honor y Mérito, que estuvo al frente de la gestión de la institución, a excepción del periodo 1840-1849 en que la institución dependió de la Junta Municipal de Beneficencia. Ambas tutelas aportaron novedades y modificaciones al funcionamiento general de la institución.

En primer lugar, la dirección de la Junta, estudiada por las hermanas Vidal Galache³⁶², provocó tres de los cambios más importantes en la institución hasta ese momento: el traslado de las instalaciones a la calle Embajadores, la incorporación de las Hijas de la Caridad como personal asistencial y la aceptación de los abandonos temporales.

La Inclusa fue trasladada a nuevas instalaciones en febrero de 1801, en la Calle del Soldado (actual calle Barbieri) dejando sólo un torno abierto y un pequeño despacho en el antiguo emplazamiento en la Calle Preciados. Las deficientes condiciones de este edificio provocaron un nuevo cambio y en 1807 se trasladó la institución a la calle Embajadores. La nueva ubicación fue un edificio a la espalda del Colegio de las Niñas de la Paz (institución fundada en 1697 para acoger a las expósitas que salían de la Inclusa) que desde 1806³⁶³ estaba también a cargo de la Junta de Damas. En ese emplazamiento estuvieron más de un siglo.

Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, que ya prestaban sus servicios en los otros centros caritativos de la ciudad fueron las encargadas del cuidado y mantenimiento de los expósitos hasta su desaparición.

Adicionalmente, se formalizó una aceptación explícita de los abandonos de niños legítimos. En 1801 la Junta de Damas consiguió que el Rey aprobara la

³⁶¹ Real Orden de 13 de septiembre de 1799.

³⁶² VIDAL GALACHE y VIDAL GALACHE: *Bordes y bastardos: una historia de la Inclusa de Madrid*, que junto al repaso de la historia de la Inclusa, incluye dos capítulos sobre el Colegio de los Desamparados y de Nuestra Señora de la Paz.

³⁶³ Real Orden de 16 de febrero de 1806.

derogación transitoria del artículo 25 del Reglamento de Policía General de expósitos de la Real Cédula de 11 de diciembre de 1796, según la cual los padres perdían la patria potestad y todos los derechos sobre los niños por el hecho de exponerlos, a excepción de los casos de miseria extrema³⁶⁴. Así, se abría la posibilidad a la recuperación de los hijos por los padres y se “legalizaba” la práctica del abandono temporal, cuyo uso subsistiría durante los dos siglos siguientes.

En 1840 la Junta de Damas tuvo que salir de la jefatura del centro. Su posición había permanecido inmutable tras la reinstauración en 1834 de la primera ley de beneficencia de 1822 (que había respetado la posición de la Junta a la cabeza de las instituciones) pero, en este momento, el desacuerdo sobre el nombramiento del nuevo rector de la institución propició su salida de la dirección³⁶⁵.

Durante este periodo el ayuntamiento tuvo que hacerse cargo de la gestión de la institución y utilizó esta oportunidad para formalizar la reglamentación. Se llevó a cabo la codificación de su funcionamiento a través de unas Reglas y de un Reglamento posterior, formalizando por primera vez muchas de las disposiciones y prácticas que se habían estado observando o realizando hasta el momento.

En 1848 el teniente de alcalde aprobó las “Reglas que deberán observarse en la Inclusa de esta Corte” reglamentando tres aspectos básicos del funcionamiento en la institución: en primer lugar, la selección, contratación y pago de las nodrizas externas; en segundo lugar, el control de los expósitos; y, en tercer lugar, el tipo de niños que podían ser depositados de forma especial en régimen de pensionado o semi-pensionado.

Las reglas que fijaban el procedimiento de control de los expósitos formalizaron la práctica que se había utilizado hasta el momento pero enfatizando el mantenimiento del secreto, iniciando el dispositivo asistencial para proteger la honra de las mujeres a través del favorecimiento del anonimato. La institución se erigía como garante del anonimato, facilitando el abandono para evitar los infanticidios. La información se registraba en dos libros, uno de entradas y otro de gestión de expósitos, como se había realizado siempre³⁶⁶. La diferencia radicaba en que, el primero de ellos, Libro de Entradas, donde se incluían todos los datos de los niños obtenidos en el ingreso, (y que servían a la madre para recuperar a su hijo, en esa eventualidad) debía ser mantenido en secreto. Las Reglas estipulaban que fuera llevado por el Director de la Inclusa, y conservado en un archivo cerrado y secreto en aras del mantenimiento del secreto de la identidad de la madre que abandonaba. El segundo registro, Libro de Entradas y Salidas, debía ser conservado en la oficina, dónde se registraban las historias de vida de los niños y sus idas y venidas. Se estipulaba que sólo debía incluir el nombre de pila del niño y el número asignado a la admisión para poder relacionarlo con el libro conservado por el Director³⁶⁷.

³⁶⁴ VIDAL GALACHE y VIDAL GALACHE: *Bordes y bastardos: una historia de la Inclusa de Madrid*, pág.58.

³⁶⁵ Ibid., págs.80-84.

³⁶⁶ Desde el siglo XVII parece que se utilizó esta práctica. FERNÁNDEZ VARGAS: “Informe sobre el archivo de la antigua Inclusa de Madrid, hoy Instituto Provincial de Puericultura”.

³⁶⁷ Reglas 16, 17, 20 y 22 de “Reglas que deberán observarse en la Inclusa de esta Corte”, reproducidas en ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, pág.244. Los libros del Director son los que Espina denomina “libros secretos” y la razón de que, en su trabajo, Vargas Fernández sólo pudiera registrar la existencia de un libro, el “Libro de Entradas y Salidas”, en su informe sobre el archivo. Esto debió

Una novedad en las Reglas fue la inclusión de la posibilidad de pensionar o medio-pensionar niños en la Inclusa. El reglamento ofrecía la posibilidad de ingresar al niño en la Inclusa a madres/familias que no podían hacerse cargo directamente de la crianza de un niño pero sí poseían los recursos económicos suficientes (80 reales al mes). Podían mantener todos los derechos sobre ellos, incluidas las visitas en cualquier momento y las decisiones sobre los cambios de nodriza. Para los medio-pensionados, los derechos se definían en función del pago realizado. De esta forma, la Inclusa se convertía en una intermediaria entre familias y nodrizas³⁶⁸.

Con la aprobación del primer reglamento durante el año siguiente, estas reglas quedaron comprendidas dentro del articulado, que ampliaba algunas cuestiones. El reglamento de 1849 estaba compuesto por 20 títulos en los que se establecía el objeto de la institución, el procedimiento de ingreso y control de los expósitos, las diferentes secciones que debía tener y las funciones de su personal.

En la propia definición del objeto de la institución, en el capítulo I, ya se veía el cambio de función. Por un lado, la protección del honor se entendía como objetivo complementario de la prevención del infanticidio desde el artículo primero (el objeto declarado por la institución era “evitar los infanticidios y salvar el honor de las madres”). El reforzamiento de la honra como virtud especial que debía ser considerada por las madres era la fuente casi exclusiva del infanticidio por lo que evitar su pérdida, equivalía a prevenir el infanticidio.

Por otro lado, la función asistencial de la Inclusa también había estado presente en el reglamento. A pesar de la especificación inicial de los niños ilegítimos como sujetos a los que se dedicaba la institución (“pertenecen a él todas las criaturas que han nacido de ilegítimo concepto hasta los 7 años”), los cinco artículos siguientes detallaban otro tipo de niños que podían ser admitidos: los nacidos de legítimo matrimonio en situación de pobreza conducidos a través de autoridades, los expuestos en tornos de Madrid o de la provincia (cuyos ayuntamientos debían pagar 4 ducados por criatura³⁶⁹) y de las instituciones de beneficencia y sanitarias de la ciudad. Esta inclusión explícita continuaba la tendencia iniciada por la derogación de la pérdida de la patria potestad.

El capítulo II exponía el procedimiento seguido una vez que el niño era abandonado, que se ha sintetizado en el gráfico 4.1. El tratamiento era similar independientemente de su procedencia: una Hermana de la Caridad lo recogía y lo depositaba junto con una nota en una cuna, consignando los datos de abandono en un papel (junto con el certificado de su procedencia o la nota de los padres, si venía acompañado de ella). Diariamente el Director registraba los ingresos y los niños eran trasladados a la sala de lactantes (los menores de 15 meses) o a la de conservación (si eran mayores de 15 meses). El reglamento de 1849 reiteraba los mismos puntos que las reglas de 1848 sobre el secreto del registro ya que toda la información del ingreso se consignaba en los libros del Director. Los niños eran identificados con una placa de plomo redonda que se les ataba al cuello mediante un cordón de seda negra. En el

producirse dado que en 1970 todavía funcionaba el Instituto Provincial de Puericultura y su acceso debió verse limitado a los libros de la oficina.

³⁶⁸ Artículos 1º-10º del título “Se admitirán niños pensionistas bajo las reglas siguientes” en “Reglas que deberán observarse en la Inclusa de esta Corte”, reproducidas en *Ibid.*, pág.245.

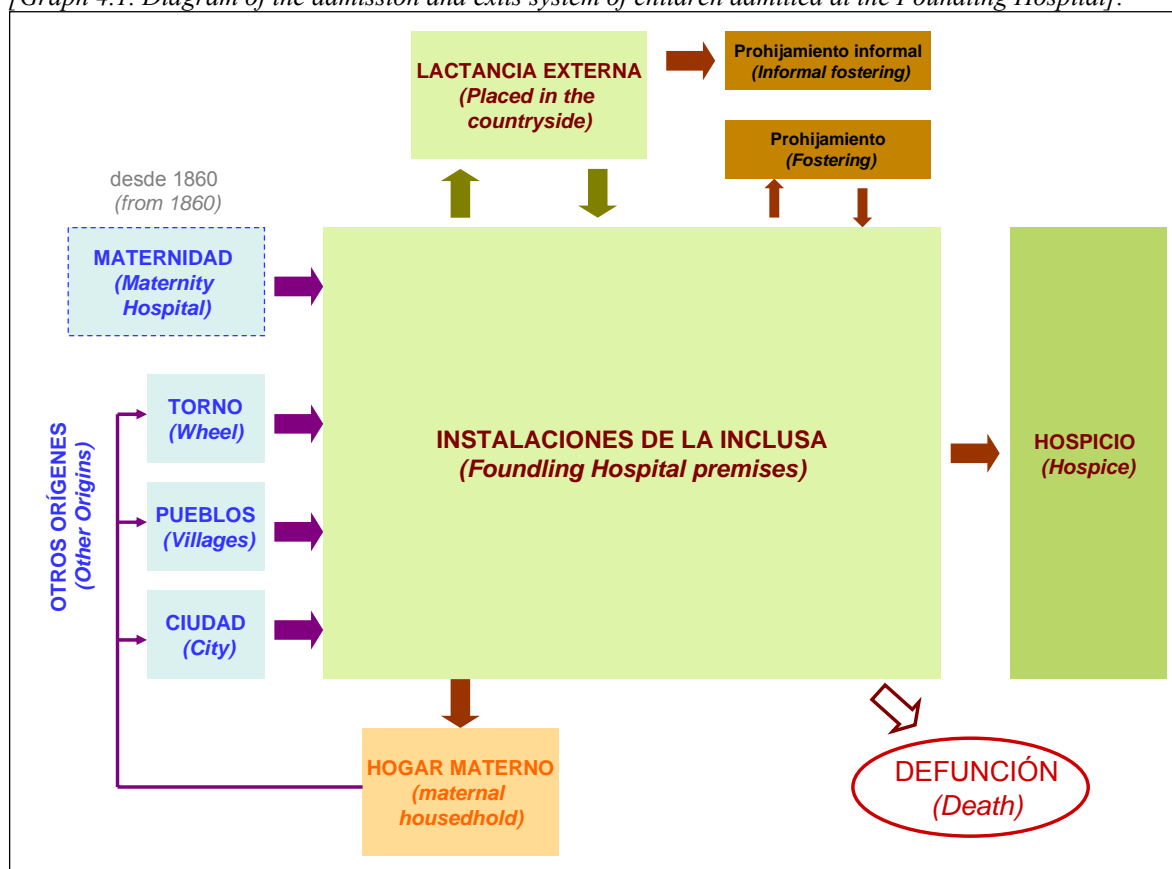
³⁶⁹ “La mortalidad de la Inclusa. Seamos justos”, *El Globo*, 22 de junio de 1918, pág.2.

anverso se leía “Inclusa de Madrid” y en el reverso el número de orden que les correspondía y el año.

Tras su admisión, el niño era conservado en la institución, lactado por las amas internas, que estaban sometidas a un régimen bastante estricto. A cambio de un jornal de 2 reales diarios, cama y comida, las amas tenían que alimentar a dos o incluso tres expósitos, en el tiempo de espera hasta que se los enviaba a lactar con una nodriza externa a un pueblo, considerada la mejor manera de asegurar su supervivencia³⁷⁰. El reglamento detallaba la inspección médica, la documentación y el procedimiento de entrega de expósitos a mujeres procedentes de pueblos, tipificando las formas de pago y justificación de ésta, junto con los medios para su supervisión.

Gráfico 4.1. Esquema del sistema de entrada y salida de los niños admitidos en la Inclusa.

[Graph 4.1. Diagram of the admission and exits system of children admitted at the Foundling Hospital].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

La lactancia duraba 15 meses a partir del nacimiento, tras los cuales se desarrollaba un periodo de media lactancia hasta los siete años. Aunque en algunos casos las nodrizas se quedaban con el niño más allá del periodo de lactancia y lo seguían criando, prohijándolo oficial o informalmente (simplemente quedándose, sin solicitarlo administrativamente), también era normal que lo devolvieran al cabo de unos meses a la Inclusa, desde donde se intentaba volver a enviarlo a un pueblo con otra

³⁷⁰ Artículos 7-36 del Reglamento de la Inclusa de 1849 en ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, págs.249-250.

nodriza. Generalmente había cierto movimiento en las nodrizas y era normal que un expósito estuviese al cuidado de dos o tres distintas a lo largo de la vida en la institución. En ocasiones, cuando eran devueltos por una nodriza y tenían más de un año se quedaban en la propia institución, en el departamento de conservación.

Durante el tiempo que pasaban bajo la jurisdicción de la Inclusa los niños podían ser reclamados por sus padres o salir prohijados por algunas familias (para lo que se requería la aprobación del teniente de alcalde). Si alcanzaban los siete años en la institución o en un pueblo, no obstante, eran transferidos a uno de los dos colegios destinados a tal efecto, el Colegio de los Desamparados para los niños y el Colegio de la Paz, en el edificio anejo, para las niñas³⁷¹. Al final de su estancia en esas instituciones los niños pasaban al hospicio para aprender un oficio pero las niñas, si no entraban como sirvientas en una casa, debían quedarse en el Colegio de la Paz hasta que contrajeran matrimonio o, hasta el final de sus días, si no se daba esa circunstancia.

Dada la elevada mortalidad infantil estructural en la población española de mediados del siglo XIX, las difíciles circunstancias a las que se enfrentaban los niños abandonados y la deficiente situación higiénico-sanitaria de la Inclusa, el destino más común de los expósitos era la muerte, fuera ésta temprana en la propia institución, o más tarde, al cuidado de la nodriza. Esta circunstancia estaba contemplada en el reglamento de forma que las defunciones debían registrarse en los libros de la enfermería por la Hermana encargada y las nodrizas debían hacer llegar a la Inclusa el certificado de defunción expedido por el cura párroco o médico.

El título III del reglamento estaba destinado al personal de la Inclusa, entre el que se contaba el Director, toda una serie de puestos administrativos y de contabilidad, los capellanes, los dos profesores médicos (de medicina y cirugía) y las Hijas de la Caridad, encargadas éstas últimas del funcionamiento efectivo de la institución. Suplementariamente, para la vigilancia y el control de los expósitos en los pueblos, se decretaba la creación del puesto de inspector de expósitos que debía asegurar el bienestar de éstos en visitas a los pueblos y establecer el cargo de “señora celadora” entre las mujeres de buena familia de los pueblos, que se encargarían de una vigilancia más directa de las familias con expósitos. Estas últimas disposiciones, referidas a la vigilancia en pueblos, se repitieron una y otra vez pero tenemos pocas evidencias de que realmente se llegaron a realizar.

Esta descripción aséptica del funcionamiento podría sugerir una institución eficiente en la gestión y tratamiento de los expósitos recibidos pero, aunque los procedimientos estaban claros, la práctica diaria de la institución implicaba la muerte de muchos de los niños, fundamentalmente relacionada con el edificio que ocupaba y la falta de nodrizas, dos problemas que fueron puestos de manifiesto una y otra vez. En 1848 el propio director de la Inclusa, Mariano José Fontana, se refería al establecimiento como un edificio informe y poco desahogado. Al no haber sido construido para el objeto destinado, sino que su estado era fruto de la ampliación sucesiva de edificios viejos, no era suficiente. Pese a que tanto la Junta de señoras como la de Beneficencia habían llevado a cabo modificaciones y mejoras (en cuyas obras se invirtieron sumas de consideración) no se había podido dar la regularidad debida para la comodidad y salubridad de los niños. Fontana destacaba que gran parte del edificio era

³⁷¹ Artículos 86-88 del Reglamento de la Inclusa de 1849 en *Ibid.*, pág.257.

húmedo, especialmente el departamento de destete. Además, describía la escasez de nodrizas como un problema que obligaba a conservar a los expósitos durante bastantes días en la institución, obligando a veces a enviar a un demandante de nodrizas por los pueblos³⁷².

La vuelta de la Junta de Damas se produjo, precisamente en este contexto, propiciada por razones legales y prácticas. Por un lado, el artículo 12 de la ley General de Beneficencia de 1849³⁷³ dictaba que las Juntas Provinciales (que, a partir de ese momento, quedaban encargadas de las casas de expósitos) deberían “establecer donde sea posible Juntas de Señoras que, en concepto de delegadas, cuiden las casas de expósitos”, por lo que la nueva necesidad de una Junta de Damas para gestionar la institución estaba ya clara³⁷⁴. Por otro lado, el “doloroso estado” en el que estaban los expósitos bajo la dirección del ayuntamiento, como sugiere la descripción de Fontana, provocó que el jefe político solicitara a la Junta de Damas su vuelta a la institución durante el mismo año 1849, a lo que accedieron el 2 de enero de 1850³⁷⁵.

La intervención de la Junta de Damas a su vuelta al establecimiento permitió mejorar la situación de forma generalizada, a través de las inyecciones económicas obtenidas a través de prestaciones vecinales y algunos actos benéficos (como representaciones en el teatro real). Entre otras acciones, podemos destacar que se volvió a pagar puntualmente a las nodrizas, y, por ello, se redujo el número de niños asignados a cada ama, mejorando la cantidad de leche que recibían. Además, se empezaron a saldar los atrasos que había contraído la institución³⁷⁶. Poco a poco se realizaron algunas pequeñas reformas, se aumentó la limpieza y repuso parte del mobiliario y de la ropa³⁷⁷. No obstante, la situación distaba de ser óptima ya que médicos como Godofredo Torre comentaba en 1852 que la Inclusa era un “cementerio de la infancia”.

4.1.3. LA LEY DE BENEFICENCIA DE 1849 Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA CASA DE MATERNIDAD

4.1.3.1. La atención a parturientas pobres en Madrid a mediados del siglo XIX

La llamada a la construcción de Casas de Maternidad de la Ley de Beneficencia de 1822 no tuvo ningún efecto. Tras la nueva legislación de Beneficencia en 1849 la Junta Provincial de Madrid tampoco tomó medidas para su construcción. En 1852 la oferta asistencial para las mujeres embarazadas que no podían costearse una comadrona o médico o que requerían llevar el embarazo y parto en secreto era muy limitada. Existían tres, principalmente y cada una tenía sus limitaciones.

En primer lugar, la maternidad de la Hermandad de la Esperanza o del Pecado Mortal solo admitía a las mujeres antes del quinto mes de embarazo. En segundo lugar, la sala de partos del Hospital General sólo recibía a mujeres que ya estaban

³⁷² “La mortalidad de la Inclusa. Seamos justos” en *El Globo*, 22 de junio de 1918, pág.2.

³⁷³ Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849.

³⁷⁴ VIDAL GALACHE y VIDAL GALACHE: *Bordes y bastardos: una historia de la Inclusa de Madrid*, pág.84. Artículo 12 de la Ley General de Beneficencia de 1949.

³⁷⁵ MONEDERO, M (1888) “Introducción a los Reglamentos de la Inclusa, Colegio de la Paz, Casa de Maternidad y Asilo para los hijos de las cigarreras”, pág.6.

³⁷⁶ “Noticias de la capital”, *El Clamor Público*, 6 de marzo de 1850, pág.3.

³⁷⁷ *Ibid.*,pág.4.

experimentando los primeros dolores dado que las pequeñas dimensiones del local sólo permitían la admisión de 40-50 mujeres. Además, no disponía de habitaciones reservadas para las clases más acomodadas. En tercer lugar, la Clínica de Partos de la Facultad de Medicina no estaba en una situación muy favorable. Hasta 1852 en general sólo admitía un número reducido de mujeres a partir de los 5 ó 6 meses de embarazo ya que disponía de muy pocas camas, que estaban siempre ocupadas.³⁷⁸ A partir del reglamento de 1852, complementando la Ley de Beneficencia de 1849 se empezaron a llevar a cabo algunos cambios: se realizó la división de mujeres en una sala general (de San Ramón) y otra de “reservadas” para las que habían concebido ilegítimamente, se instauró la protección del secreto de éstas y la prohibición al personal de exigir la cédula personal o datos sobre la identidad, se habilitó una sala distinta para las de pago, etc.³⁷⁹

Algunos autores mencionaban una cuarta opción, una casa de salud en Madrid fundada por Doña Carmen Bucet, situada en Chamberí, cuya misión, según su propio reglamento, era servir para asilo de mujeres embarazadas y “salvar a la mujer, y sobre todo a la soltera embarazada, de hambre, frío, prostitución y crimen”³⁸⁰. Ninguna de las opciones respondía a las necesidades de muchas de las mujeres que necesitaban esos servicios por lo que algunos contemporáneos consideraban que ninguna de ellas podía recibir el nombre de “casa de maternidad”³⁸¹.

Pese a que a partir de 1852 se inició un proceso que acabaría en el establecimiento de la Casa de Maternidad, éste hecho no se produjo hasta 1860 y las instalaciones no fueron definitivas hasta 1864. Este largo proceso estuvo compuesto por varias fases: una entre 1852-53, otra en el periodo 1859-1860 y, finalmente, otra en entre 1860-64.

4.1.3.2. El fracaso de 1853

En 1852 la reina Isabel II, como conmemoración del nacimiento de la princesa de Asturias, quiso realizar la fundación de un hospital, acontecimiento utilizado por la prensa general y médica para reivindicar la necesidad de una casa de maternidad. Pese a que la fundación que finalmente realizó la reina fue el Hospital de la Princesa, inaugurado en 1857, la conciencia de que la ciudad necesitaba más infraestructuras movió a la reina a expresar una voluntad de realizar otras fundaciones.

La iniciativa final surgió de una serie de notables (la duquesa de Gor y Francisco de Paula, entre otros), que transmitieron el proyecto a la reina que, a su vez, exhortó al

³⁷⁸ TORRE, G., “Casa de maternidad público-reservada”, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 1 de agosto de 1852, págs.247-248.

³⁷⁹ BENAVIDES, J., “Cuatro palabras acerca del Departamento o Casa de Maternidad del Hospital General de esta Corte”, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* de 1852, págs.274-275. Aunque según Benavides, director del departamento de Maternidad del Hospital General la situación descrita era la adecuada en el momento de escribir esas líneas, el cambio debía ser muy reciente dado que en el intercambio de comentarios a propósito de esta casa de maternidad en esta publicación, G. Torres respondió que ocho meses antes en una comunicación personal, el dr. Benavides le había descrito la situación original.

³⁸⁰ VALLADARES ROLDAN, R.: *El hospital provincial de Madrid*, XXX, Madrid, 1979, pág.41.

³⁸¹ TORRE, “Casa de maternidad público-reservada”, págs.247-248.

ministro de la Gobernación, Pedro de Egaña³⁸². Médicos, reformistas y prensa en general acogieron muy positivamente esa noticia. Durante unos meses, conversaciones, reuniones y declaraciones de las distintas partes especularon sobre funciones y posibles ubicaciones de la institución³⁸³. Unos meses después del inicio de las gestiones, la realidad confirmó el escepticismo que se había ido apoderando de la prensa ya que no se pudo disponer de los fondos necesarios para su realización y el proyecto quedó temporalmente aparcado³⁸⁴.

Durante los seis años transcurridos entre 1853 y la reactivación del proyecto en 1859, la idea de la necesidad de la maternidad no desapareció. Distintas propuestas y apreciaciones por parte del estamento médico y benéfico en ese periodo trataron de idear la mejor configuración y emplazamiento de la misma. Godofredo de la Torre proponía que la Casa de Maternidad tenía que tener tres condiciones: 1) una esmerada higiene; 2) observar el más riguroso secreto; 3) y la más amplia libertad para la admisión³⁸⁵. Otros médicos se centraban en las ventajas que al establecimiento de la Maternidad cercana a la Inclusa por las ventajas que podría reportar (la toma de antecedentes de las madres, la lactancia de los niños hasta que las madres abandonaran la institución, el aliviamiento de la carga sobre las nodrizas internas de la Inclusa, la desaparición de los problemas de diagnóstico de niños sifilíticos, etc.) Asimismo, se definían posibles clasificaciones y tratamiento de los distintos tipos de mujeres, en tres o cuatro clases, de acuerdo con la contribución económica³⁸⁶. Otros abogaban por la inclusión del objetivo de depósito temporal de los niños al objetivo más general de casas de lactancia, es decir, como *crèches*³⁸⁷. Por otro lado, se incluyeron nuevos futuros edificios en el plano del Ensanche³⁸⁸.

Mientras tanto, la demanda social de una institución que ofreciera estos servicios provocó la aparición de algunas iniciativas privadas. Pese a que el proyecto de Casa de la Maternidad estaba parado, la Junta de Damas de Honor y Mérito mantenía una serie de actividades caritativas, como la fundar en 1854 del Asilo de Huérfanas de la Caridad, que en ocasiones actuaba como casa de maternidad de mujeres pobres³⁸⁹. En diciembre

³⁸² “Gacetilla”, *La Esperanza*, 26 de marzo de 1852, pág.2; “Crónica de la Capital”, *El Clamor Público*, 27 de marzo de 1852, pág.2; *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 11 de abril de 1852, pág.119; “Parte oficial. Ministerio de la Gobernación. Beneficencia. Negociado 3º”, *La Esperanza*, 12 de mayo de 1853, pág.2; y *Gazeta de Madrid* del 12 de junio de 1853.

³⁸³ VEZALDE, R., “Algunas reflexiones acerca de la proyectada Casa de Maternidad”, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 19 de junio de 1853, págs.194-195; TRELLES, P., “Cuatro palabras al Sr. Vezalde sobre la unión de la Inclusa y la Casa de Maternidad”, *Gaceta médica*, 30 de junio de 1853, pág.146; VEZALDE, R., “Dos palabritas al Sr. Trelles en réplica a sus cuatro en defensa del proyecto monstruoso de la Junta provincial de Beneficencia”, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 3 de julio de 1853, pág.242; “Parte oficial. Ministerio de la Gobernación”, *Gazeta de Madrid*, 12 de junio de 1853; “Noticias de la Corte”, *La Época*, 10 de junio de 1853, pág.4; “Visita”, *El Clamor de España*, 10 de junio de 1853, pág.3; “Parte oficial”, *La Época*, 15 de junio de 1853, pág.3; y “Parte oficial. Ministerio de la Gobernación” *Gazeta de Madrid*, 6 de julio de 1853.

³⁸⁴ *La España*, 21 de febrero de 1854, pág.4.

³⁸⁵ TORRE, “Casa de maternidad público-reservada”, págs.247-248.

³⁸⁶ *Gazeta médica*, 20 de febrero de 1852, págs.34-35. Este artículo fue el primero que sugirió la idea de unir las dos instituciones en un mismo edificio. Sobre el proyecto presentado por el Marqués de Cubas en la exposición de Bellas Artes ver *La España*, 23 de abril de 1857, pág.4. Repitiendo la misma información: “Exposición de Bellas Artes”, *La Época*, 19 de noviembre de 1858, pág.2.

³⁸⁷ “Casa de Maternidad”, *El Clamor Público*, 5 de marzo de 1853, pág.3 y *La España*, 5 de marzo de 1853, pág.3.

³⁸⁸ “Ensanche de Madrid”, *La Época*, 18 de mayo de 1859, pág.4.

³⁸⁹ *La Iberia*, 19 de febrero de 1856, pág.3.

de 1857-enero de 1858, las Hermanas de Santa Paula creaban una fundación que incrementó en una pequeña medida la oferta asistencial para las parturientas³⁹⁰.

La prensa, ocasionalmente, seguía recordando la necesidad de construir una casa de maternidad donde las “jóvenes víctimas de la seducción u olvidadas de sus deberes en un momento desgraciado puedan depositar el fruto de su extravío”³⁹¹. Los comentarios fueron constantes durante los años 1853 y 1854, al hilo de la construcción o inauguración de casas de maternidad en distintas ciudades³⁹².

4.1.3.3. La fundación de la Casa de Maternidad y su reglamento

En 1859 el proyecto de la casa de maternidad por fin se reavivó. El ex – diputado Agustín Gómez de la Mata, impresionado por la situación en la capital provocada por la falta de una Casa de Maternidad, contactó con el gobernador civil, el marqués de la Vega de Armijo, y con el ministro de la Gobernación para poner en marcha de nuevo el proyecto³⁹³. Por un lado, se realizó un proyecto general para crear una institución que pudiera acoger ampliamente todos los servicios necesarios y, por otro, se trató de dar una respuesta provisional a la situación hasta que se pudiera llevar a cabo el primero (su instalación en el propio edificio de la Inclusa).

El proyecto de creación de una Casa de Maternidad fue el primero en comenzar dado que llevaría mucho más tiempo. En la sesión del 22 de abril de 1859 del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Provincial la comisión encargada dio fin a la lectura del proyecto para la Casa de Maternidad³⁹⁴. Esta nueva iniciativa estuvo apoyada, en todo momento, por la Junta de Damas, que trató de obtener fondos de distintas maneras³⁹⁵. El “director espiritual de la casa” fue el Sr. D. José María Tenorio³⁹⁶.

La instalación provisional se puso en práctica poco tiempo después. En julio de 1859 el ministro de la Gobernación, José Posada Herrera, autorizó a que se llevaran a efecto “sin las formalidades de la subasta pública las obras necesarias en el edificio que ocupa la Inclusa y Colegio de la Paz para establecer la casa de Maternidad temporal”³⁹⁷. Las Hermanas de la Caridad, que ya estaban al cargo de la Inclusa, fueron las elegidas para hacerse cargo de la institución. Las obras comenzaron rápidamente, tomando parte del edificio de la Inclusa así como el local contiguo y se declararon acabadas el 28 de septiembre y abriéndose al público poco después³⁹⁸. La inauguración oficial se retrasó hasta el 1 de enero de 1860³⁹⁹.

³⁹⁰ “Beneficencia”, *El Clamor Público*, 6 de agosto de 1858, pág.2.

³⁹¹ “Beneficencia”, *El Clamor Público*, 6 de agosto de 1858, pág.2.

³⁹² Teruel y Murcia en octubre y noviembre de 1853; el 19 de febrero de 1854 de la inauguración de la Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, el 27 de junio de 1854 la de Guadalajara “Casa de Maternidad”, *La Época*, 19 de febrero de 1854, pág.3; “Casa de Maternidad de Guadalajara”, *La España*, 27 de junio de 1854, pág.2.

³⁹³ “Casa de Maternidad”, *El Clamor Público*, 25 de enero de 1860, pág.3.

³⁹⁴ Original de *La Correspondencia Autógrafa*, copiado por *La España*, 23 de abril de 1859, pág.4.

³⁹⁵ “Teatro Francés”, *Diario Oficial de Avisos de Madrid*, 7 de junio de 1859, pág.4 y otros.

³⁹⁶ “La Casa de Maternidad”, *La Correspondencia de España*, 3 de enero de 1861, pág.1.

³⁹⁷ *El Clamor Público*, 13 de julio de 1859, pág.3.

³⁹⁸ “Casa de Maternidad”, *El Clamor Público*, 29 de julio de 1859, pág.3; “Casa de maternidad”, *La Discusión*, 28 de septiembre de 1859, pág.4. También *La Época*, *La Discusión*, *La España*, etc.

³⁹⁹ *La Correspondencia de España*, 6 de enero de 1860, pág.2; *El Clamor*, 7 de enero de 1860, pág.2.

Su organización no tardó en codificarse, firmándose el reglamento el 27 de abril de 1860⁴⁰⁰. Se establecía una estrecha relación de objetivos entre Casa de Maternidad e Inclusa, integrando la primera completamente en las prácticas de acogida de niños abandonados. Así, el objetivo fundamental de la Casa de Maternidad era “dar acogida á las mugeres que habiendo concebido ilegítimamente, se hallen en precisión de reclamar este socorro”. Es decir, desde el primer momento se establecía que la concepción ilegítima era la situación fundamental por la que se ofrecía esta “ayuda”⁴⁰¹. A continuación, el reglamento definía los dos departamentos. En el departamento que posteriormente sería denominado de “distinguidas” podían entrar mujeres desde el quinto mes del embarazo que podían sufragar los gastos de su estancia, lo que les permitían ocupar cuartos independientes⁴⁰². Por otro lado, en el departamento de “las de comunidad” podían ingresar las embarazadas desde el séptimo mes de embarazo sin necesidad de pagar su estancia, siendo alojadas en cuartos comunes⁴⁰³.

Junto con esta definición del objeto y los distintos tipos de usuarias, el resto del capítulo I del reglamento estaba fundamentalmente dedicado a especificar las provisiones que garantizarían el mantenimiento del secreto de la identidad de las mujeres en la institución, el elemento clave que había propiciado el interés en su creación. Se trataba de disposiciones muy similares a las de las maternidades que estaban surgiendo en el resto del país. No era necesaria ninguna revelación a la entrada y solo se requería facilitar los datos imprescindibles en un pliego cerrado, que sólo se abriría en caso de defunción; las asiladas eran conocidas por seudónimos; se requería que prestaran un juramento de no revelación del nombre de otras acogidas; se les permitía permanecer veladas para salvaguardar su identidad; se establecía la prohibición de visitas de familiares al interior de la institución, pudiendo llevarse a cabo en un locutorio destinado a esta función; se establecía la obligatoriedad del velo ante la visita de autoridades o en la misa, etc. Finalmente, se definía claramente el estatus legal de la institución al especificar que la “Casa de Maternidad será un sagrado, cerrado á toda pesquisa extrajudicial, y nadie tendrá derecho á entrar, ni a practicar en él ningún género de actuaciones, en tanto que la acción de las leyes no reclame imperiosamente lo contrario”⁴⁰⁴.

La relación con la Inclusa se definía específicamente en el artículo 19, en virtud del cual, “las criaturas que nazcan en la Casa de Maternidad, serán trasladadas á la Inclusa, á donde se enviará una papeleta con el nombre que en bautismo se haya de poner al recién nacido, y demás circunstancias que exprese la madre”. La relación del parto oculto en la Maternidad con la necesidad de abandonar al fruto de éste era directa ya que ésta era la razón que había justificado la reunión de ambas instituciones. La separación temprana del niño de la madre tenía que ver tanto con la preocupación sobre las posibles acciones de las madres ante el recién nacido, fruto de la vergüenza como con su inadecuación moral para la crianza de éste.

⁴⁰⁰ *Reglamento de la Casa de Maternidad de Madrid* (1860).

⁴⁰¹ Artículo 1 del *Reglamento de la Casa de Maternidad de Madrid* (1860).

⁴⁰² Artículos 3, 4 y 5 del *Reglamento de la Casa de Maternidad de Madrid* (1860).

⁴⁰³ Artículos 6, y 8 del *Reglamento de la Casa de Maternidad de Madrid* (1860).

⁴⁰⁴ Artículos 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 23 y 25 del *Reglamento de la Casa de Maternidad de Madrid* (1860).

Junto con este argumento legislativo, es posible que esta situación estuviera relacionada también con argumentos de orden práctico (que ya habían sido considerados por la ley en su recomendación de unir los dos tipos de establecimientos) que permitían que el cuidado de los niños recién nacidos en Maternidad y de los abandonados con poca edad a través de los otros medios estuviera concentrado al cargo de las mismas personas y en las mismas instalaciones: la Inclusa.

De este modo, todo niño nacido en la Maternidad pasaba a recibir un número de la Inclusa y, por ende, ser considerado entre los abandonos anuales ya que se entendía que la necesidad de dar a luz en secreto sería inmediatamente seguida de la necesidad deshacerse del fruto de ese parto. No obstante, el artículo siguiente (20) reglamentaba una excepción: la eventualidad de que una madre quisiera encargarse de su hijo. En ese caso, el Director de la Casa de Maternidad podría permitirlo a condición de que la criatura fuera legitimada después, adoptada en su debida forma o garantizada su subsistencia, para que fuera imposible que la criatura quedara abandonada.

Por lo tanto, a partir de este momento, todos los niños nacidos en la maternidad pasaban en primer lugar a la Inclusa y allí se registraban. Aunque en estos momentos el recurso a la Casa de Maternidad implicaba necesariamente abandono, esta provisión tendría importantes consecuencias a largo plazo, cuando las razones para recurrir al parto en la Casa de Maternidad empezaron a diversificarse.

Un último artículo en el Reglamento de Maternidad, tras las provisiones sobre el traslado y reclamación de niños, indicaba que si las madres querían pasar como nodrizas a la institución, debía hacerse saber inmediatamente a la institución para enviar a su hijo a lactar a un pueblo lo antes posible, para evitar que madre e hijo estuvieran simultáneamente en la institución. Así, en los primeros momentos, la ruptura de la relación entre la madre y el niño al que quería abandonar estaba perfectamente respaldada e incluso fomentada por la institución, enmarcada en la disociación entre madres e hijos provocada por la violación de las normas morales.

4.1.3.4. El nuevo edificio.

Mientras se estaba llevando a cabo la instalación provisional de la institución en uno de los edificios contiguos a la Inclusa, el proyecto de fundación ex-novo siguió adelante. La aprobación de los planos, proyecto y presupuesto se realizó a través de la Real Orden del 12 de diciembre de 1860 y se llevó a cabo a principios del año siguiente. Las favorables estadísticas publicadas, mostrando una sola muerte de las 260 acogidas, mostraron el éxito de la institución. El marqués de la Vega de Armijo confirmó entonces la necesidad de realizar “el proyecto ya formulado de agrandar y completar el Colegio de la Paz y la Inclusa, haciendo de ellos un edificio donde pudiera alojarse con holgura la casa” y en abril, la Junta Provincial de Beneficencia de Madrid fue autorizada para la creación de una Casa de Maternidad⁴⁰⁵.

⁴⁰⁵ *La Esperanza*, 7 de junio de 1861, pág.3; *Diario Oficial de Avisos de Madrid*, 6 de octubre de 1861, pág.3; *La Esperanza*, 13 de noviembre de 1861, pág.3; *La España*, 1 de diciembre de 1861, pág.3; *La Correspondencia de España*, 30 de junio de 1862, pág.2; *La Correspondencia de España*, 21 de abril de 1861, pág.1; *Gazeta de Madrid*, 24 de abril de 1861; y “La Casa de Maternidad”, *La Correspondencia de España*, 3 de enero de 1861, pág.1.

Los fondos para la construcción partieron de distintas fuentes, entre las cuales se contaron las donaciones realizadas por la Reina a lo largo del año como parte de sus obras de beneficencia para “aliviar la situación del desvalido”, así como de aportaciones de particulares como el infante San Sebastián⁴⁰⁶ o el presbítero José Tenorio⁴⁰⁷.

Los arquitectos que iniciaron la obra fueron Cachaveros y Cugas pero se concluyó bajo la dirección de Fernández de los Bomeros dos años después. A finales de 1862 se entregó la Casa de Maternidad establecida en la calle Mesón de Paredes a la Diputación Provincial aun sin reunir “todas las condiciones que requiere esta clase de instalaciones” pero “bastante buenas” y con una capacidad de 100 camas⁴⁰⁸. Durante el mes de febrero de 1863 se abrió oficialmente el establecimiento al público⁴⁰⁹ aunque en julio de 1863 la Junta de Damas todavía estaba completando las instalaciones⁴¹⁰.

La inauguración tuvo lugar finalmente el 30 de diciembre de 1864, con la participación de todas las figuras de importancia del momento. Según la reseña de *La España* se trataba de un edificio “espacioso, cómodo, y (que) reúne cuantos requisitos exige el objeto al que está destinado” aunque reconocía que “si no llega al grado de perfección en que se encuentran algunos de su clase en el extranjero, satisface cumplidamente las necesidades de la Corte”, en contraposición con la Inclusa que se describía como “un edificio muy viejo y destartado, muy limpio pero de mal aspecto”.⁴¹¹

4.1.4. LOS REGLAMENTOS CONJUNTOS DE 1877 Y 1888 Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN ANTES DEL CAMBIO DE SIGLO

En 1871 se añadió a las tres instituciones gobernadas por la Junta de Damas un cuarta, el Asilo de los Hijos de las Cigarreras que, pese a depender formalmente de la Beneficencia Municipal, fue gestionado por ellas. Se trataba de una *crèche* destinada al cuidado de los hijos de las cigarreras de la vecina Fábrica Nacional de Tabacos, representando uno de los primeros proyectos de ese tipo⁴¹².

Hasta ese momento todas estas instituciones habían estado funcionando con sus respectivas reglas o reglamentos pero, dada la gestión de todas ellas por el mismo cuerpo, se acordó elaborar unos reglamentos que actualizaran y recogieran las disposiciones referidas a todos ellos. El 20 de febrero de 1877 en sesión de la Diputación Provincial se aprobaron los reglamentos de la Inclusa, Colegio de la Paz, Casa de Maternidad y Asilo para hijos de cigarreras redactados por los visitantes marqués de Peñaflorida, Salto y Hueves y Fernández Durán, que fueron aprobados asimismo por la Comisión de Beneficencia el 26 de marzo⁴¹³. Se mantuvieron en vigor

⁴⁰⁶ *La Esperanza*, 5 de octubre de 1861, pág.3.

⁴⁰⁷ Su contribución fue de 49.000 reales. *La Época*, 28 de noviembre de 1861, pág.3.

⁴⁰⁸ “Casa de Maternidad”, *La España*, 3 de diciembre de 1862, pág.3.

⁴⁰⁹ *La Correspondencia de España*, 6 de febrero de 1863, pág.1; *La Época*, 3 de febrero de 1863, pág.3; y *La España*, 7 de febrero de 1863, pág.4.

⁴¹⁰ “Mejora”, *La España*, 4 de julio de 1863, pág.3.

⁴¹¹ “Inauguración de la Casa de Maternidad de esta Corte”, *La España*, 1 de enero de 1865, pág.4; *La Correspondencia de España*, 31 de diciembre de 1864, pág.3; *La Época*, 31 de diciembre de 1864, pág.4.

⁴¹² *El Imparcial*, 29 de diciembre de 1871, pág.3; y *Diario Oficial de Avisos*, 30 de diciembre de 1871, pág.4.

⁴¹³ *Diario Oficial de Avisos*, 25 de febrero de 1877, pág.2.

hasta la aprobación el 1 de mayo de 1887 por unanimidad de los reglamentos redactados por el sr. Monedero, diputado visitador de la Inclusa y la Casa de Maternidad que básicamente repitieron punto por punto lo descrito en los anteriores, incluso en la propia introducción al documento. Así, los hemos tratado de manera conjunta para describir la situación de la institución en la última década del siglo XIX, la antesala de nuestro periodo⁴¹⁴.

Estas codificaciones no supusieron grandes cambios. Para la Inclusa, la redacción del objeto y funcionamiento reproducía punto por punto el articulado de los reglamentos de 1848. Sólo variaban algunos aspectos: la edad máxima de admisión aumentaba a los seis años para los niños y nueve para las niñas;⁴¹⁵ se mantenía la posibilidad de pensionar niños, al precio de 30 pesetas mensuales, con derechos mucho más restringidos (dos visitas mensuales y sin derecho a saber ni decidir su ubicación);⁴¹⁶ y se actualizaban los salarios de las amas, tanto internas como externas (el salario de las primeras quedaba sujeto al establecido por el presupuesto de la institución mientras que el de las segundas se fijaba en 15-17,5 pesetas mensuales para los quince primeros meses de lactancia y en 7,5 para lo que denominaban media lactancia, desde los 15 meses en adelante)⁴¹⁷.

Por su parte, el reglamento de la Casa de la Maternidad sí experimentó algunas modificaciones sustantivas. Se mantenía la esencia de su objeto, “dar acogida a las mujeres que se hallen en estado de reclamar este socorro” pero en realidad se ampliaba sensiblemente el rango de asistidas potenciales al eliminar el criterio de inclusión de los reglamentos de 1860: “habiendo concebido ilegítimamente”. Así, la concepción de la Casa de Maternidad como institución para acoger a cualquier mujer en el trance de embarazo y parto se imponía, desligando la tradicional identidad entre parto en la Maternidad y nacimiento ilegítimo y permitiendo un uso distinto del que se había realizado hasta el momento: mujeres pobres, casadas, que no tuvieran los recursos para procurarse un lugar o una comadrona para dar a luz y mujeres con embarazos o partos complicados, entre otros. Así, el uso asistencial de la Inclusa se extendía también a la Casa de Maternidad, añadiendo el parto a las situaciones de necesidad y miseria ante las que se podía recurrir a la Inclusa. Aunque en un primer momento no fue una opción muy utilizada, este tipo de recurso creció con el paso del tiempo, hasta representar cerca del 30% de los partos.

Junto con esta modificación, se mantuvo el artículo 16, ya presente en el reglamento de 1860 que especificaba que “las criaturas que nazcan en la Casa de la Maternidad serán trasladadas inmediatamente a la Inclusa”⁴¹⁸. Esta combinación tuvo una consecuencia inadvertida: la confusión en las estadísticas de este uso asistencial de la Maternidad con las admisiones benéficas tradicionales, produciendo una sobreestimación del abandono.

En esta línea de apertura de las funciones de la Inclusa, se incluyeron también

⁴¹⁴ *Diario Oficial de Avisos de Madrid*, 1 de mayo de 1887, pág.1.

⁴¹⁵ Artículo 1 del *Reglamento de la Inclusa* (1888).

⁴¹⁶ Art. 53 del *Reglamento de la Inclusa* (1888).

⁴¹⁷ Artículo 25 y 57 del *Reglamento de la Inclusa* (1888).

⁴¹⁸ *Reglamentos de la Inclusa, Colegio de la Paz, Casa de Maternidad y Asilo para los Hijos de las cigarreras* aprobados por la Diputación Provincial en sesiones de 30 de abril de 1887 y 29 de mayo de 1888.

cláusulas extensas relacionadas con la posibilidad de reclamar a los recién nacidos. Se ofrecía la posibilidad explícita de que las madres que dieran a luz en secreto quisieran conservar a sus hijos, estableciendo así el procedimiento específico para tratar a esos niños. Los niños cuyas madres mostraran intenciones de recuperarlos debían mantenerse dentro de la institución, sin darse a lactar al exterior durante todo el tiempo que la madre permaneciese en la institución. Para ser entregados a ésta se requería la presentación de la cédula de la madre junto con el “entréguese de la hermana a cargo”, un documento emitido por la hermana de la Casa de Maternidad.

Al margen de estas novedades importantes, el resto de disposiciones sólo experimentaron modificaciones menores. Se retrasaba en un mes el tiempo de gestación mínimo para entrar en la casa para ambos tipos de asiladas, (el quinto mes para las distinguidas y el octavo para los comunes en 1888) y se especificaba que, en igualdad de circunstancias, se preferían las solteras y primerizas. Asimismo se fijaban los precios diarios de las estancias de las distinguidas según se alojaran en cuartos individuales o comunes (2,50 y 1,50 pesetas diarias). Se preveía la posibilidad de aceptar como distinguida “por causas especiales” a alguna mujer que no pudiera pagar su estancia o solo pudiera cubrir una parte.

Por otro lado, paralelamente a la apertura a nuevas usuarias, se mantenía, e incluso enfatizaba, todo el dispositivo de secretismo original rodeando la entrada y estancia en la institución. De hecho, entre otras cosas, se eliminaba la posibilidad de recibir visitas “habiendo acreditado la experiencia que las visitas son perjudiciales”⁴¹⁹, limitando así el contacto de las asiladas con el exterior.

La estabilidad del contenido de los reglamentos sugiere la similitud del funcionamiento interno de la institución a lo largo del periodo. Desde la década de los setenta hasta prácticamente el cambio de siglo la institución no sufrió cambios ni experimentó eventos extraordinarios. No obstante, podemos citar dos cuestiones recurrentes que permearon el discurso sobre Inclusa y Casa de maternidad a lo largo de todo el periodo y que también serían importantes en el periodo siguiente: la constante idea de la inadecuación del Caserón de Embajadores y la debatida relevancia de la institución en la ciudad; y el problema endémico del impago a las nodrizas.

El primero de ellos, la inadecuación de las instalaciones, había sido frecuentemente destacado desde tiempos de Fontana, incluso con la propia instalación de la Casa de Maternidad. De hecho, las deficiencias de éstas últimas se hicieron manifiestas poco después de su inauguración y la necesidad de construir un nuevo edificio que no estuviera encorsetado por las viviendas reformadas de la calle Mesón de Paredes fue recurrente. En 1875 se hablaba de la necesidad de trasladar el Colegio de la Paz a un nuevo edificio que se había acordado con la Diputación⁴²⁰. En 1882, la prensa volvía a retomar la idea de construcción de una nueva Casa de Maternidad⁴²¹. En medio de los grandes proyectos de modernización de la ciudad, en 1894, se incluyó un proyecto de construcción de una nueva Inclusa, diseñada por el médico de la Inclusa Baldomero González Álvarez, dentro del plano geográfico de la Ciudad Lineal (1894)⁴²². Ninguno de esos proyectos prosperó por la crónica falta de fondos para este

⁴¹⁹ *Reglamento de la Casa de Maternidad* (1888), art. 14.

⁴²⁰ *El Imparcial*, 8 de febrero de 1875; *La época*, 25 de marzo de 1875, pág.3.

⁴²¹ *La Correspondencia de España*, 23 de julio de 1882, pág.1.

⁴²² “Noticias cortas”, *La Correspondencia de España*, 25 de abril de 1894, pág.2.

tipo de iniciativas y ninguna de estas instituciones cambió emplazamiento hasta bien entrado el siglo siguiente.

Las únicas modificaciones que se llevaron a cabo, como limitada forma de compensar los defectos y vicios ya descritos de los edificios, fueron una serie de obras, remodelaciones y arreglos costeados por la propia Junta de Damas, como los que tuvieron lugar en la segunda mitad de 1876⁴²³ así como una serie de obras de ampliación en 1879⁴²⁴.

Esta permanente noción de la necesidad del cambio sugiere una cierta conciencia del papel de la Inclusa en la atención de la infancia abandonada. Ésta se veía no sólo entre los médicos e higienistas sino también entre las clases altas, como parte de sus funciones caritativas. Durante toda la segunda parte del siglo la prensa detallaba las visitas de distintos miembros de la nobleza, la familia real y de diferentes personalidades a las instituciones del complejo de Mesón de Paredes-Embajadores: la Reina María Victoria el día 4 de abril de 1871⁴²⁵, la Infanta doña Isabel, el 24 de marzo de 1875⁴²⁶, la Archiduquesa Isabel de Viena a la Casa de Maternidad en agosto de 1880⁴²⁷, la Reina una vez más en 1881, acompañada de los marqueses de Santa Cruz⁴²⁸, etc. Asimismo, hay numerosas referencias de las donaciones realizadas tanto por la Reina como por miembros de la nobleza a las instituciones a lo largo de todo el periodo (legado de Anduaga, de Alejandro Solert, etc.⁴²⁹), como la organización de distintas iniciativas para recaudar fondos (concursos, corridas de toros, bailes, etc⁴³⁰).

El segundo problema de la Inclusa era el impago a las nodrizas externas, provocado por la baja dotación presupuestaria. La consecuencia más grave de esta situación era la escasez crónica de nodrizas, que obligaba a mantener a los niños mucho más tiempo en el interior de la Inclusa de lo que se prefería, forzando a las nodrizas internas a lactar simultáneamente más de dos niños.

Las mujeres que querían lactar a un niño de la Inclusa acudían a la institución, donde se les adjudicaba un expósito y se les daba un documento por el que se les debía pagar trimestralmente. Dado que la mayor parte de ellas venían de pueblos de las provincias aledañas a Madrid, no estaban en disposición de acudir a la capital a cobrar cuando les correspondía y contrataban los servicios de unos agentes intermediarios. Estos agentes adelantaban el pago a las amas en especie en las tiendas que ellos mismos poseían o gestionaban y luego se encargaban de reclamar el dinero ellos mismos a la administración, lo que ponía a las amas en una vulnerable posición ante abusos. Por un lado, de la administración que, dado que no estaban en las propias instalaciones de la

⁴²³ *Gazeta de Madrid*, 23 de junio de 1876, pág.776.

⁴²⁴ Nota de *El Imparcial* aparecida alrededor de esta fecha, reproducida en ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, pág.242.

⁴²⁵ *La Época*, 7 de abril de 1871, pág.4, donde reproducen una noticia de *El Imparcial* del día anterior.

⁴²⁶ “Despachos telegráficos”, *La Época*, 25 de marzo de 1875, pág.3.

⁴²⁷ *Diario Oficial de Avisos de Madrid*, 16 de agosto de 1880, pág.2.

⁴²⁸ *Iberia*, 5 de marzo de 1881, pág.3.

⁴²⁹ “Diputación Provincial”, *La Época*, 28 de marzo de 1892; y “Diputación Provincial”, *La Época*, 16 de mayo de 1892; “El testamento Soler”, *El Imparcial*, 27 de agosto de 1897.

⁴³⁰ Concurso de confección de zapatos organizado por el Almanaque Enciclopedia que esperaba donar los 10.000 pares concursados a la institución. “Zapatos para la Inclusa”, *La Correspondencia de España*, 22 de diciembre de 1896. Concurso de baberos organizado por la misma organización, *La Ilustración Española y Americana*, 22 de marzo de 1898.

Incusa, podía retrasar su pago y, por otro lado, de los agentes, que podían cobrar precios abusivos por sus productos dado que eran la única opción disponible para las amas.

Hubo ciertos episodios de gravedad cuando la Diputación Provincial se retrasó durante muchos meses en el pago a las nodrizas externas. En diciembre de 1868 se les debían ya 4 meses⁴³¹ y en mayo de 1876 las finanzas de la Inclusa y Casa de Maternidad alcanzaron un punto crítico ya que un anuncio corto publicado en varios periódicos por “personas tan interesadas como necesitadas” requería a la Diputación que pagase a la Junta de Damas más rápidamente⁴³². En 1883, parecía, no obstante, que se había regularizado la situación ya que se publicaban los días de pago al mes para las mensualidades de las amas en las distintas provincias⁴³³.

En 1885 el retraso en el pago volvió a empezar a acumularse y en 1887 hubo nuevas quejas⁴³⁴. El problema residía en el pago de aquellas que vivían en los pueblos. Pese a que a principios de 1889 la Diputación reportan las cuentas perfectamente saneadas y los atrasos pagados⁴³⁵, la realidad era distinta: se habían vuelto a acumular los atrasos todavía se habían acumulado y había periódicas noticias que informaban del creciente número de meses que las nodrizas de los pueblos llevaban sin cobrar.⁴³⁶

Con el incremento de la preocupación por la atención a la infancia en el discurso médico y poblacionista en las últimas décadas del siglo XIX, el eje del discurso sobre la ineficiencia de la beneficencia y de la Diputación se centró específicamente en el tratamiento a los expósitos y, por tanto, en su cuidado por nodrizas. En julio de 1890 el doctor Tolosa Latour publicó un artículo en *El Imparcial* en el que denunciaba la mala situación en la que estaban los incluseros, repasando algunos de los aspectos claves ya mencionados por otros autores: entre otros, la necesidad de vigilar atentamente a las nodrizas para asegurar los cuidados, la supervisión de los niños antes de ser entregados a éstas, para evitar el envío de niños enfermos así como la escasez del pago que recibían las amas externas, unos 50 ó 60 reales, que siempre se realizaba con retraso y que nunca llegaban al completo, por la utilización de intermediarios para su pago⁴³⁷.

Tanto el artículo de Tolosa como los que aparecieron ocasionalmente en la prensa durante los años ochenta y noventa, refiriéndose a las condiciones de expósitos y nodrizas no produjeron ninguna respuesta efectiva, ya que no había la voluntad política de cambio. Fue necesario esperar al cambio de siglo para que se alzaran voces más potentes y algunos de los problemas que arrastraba la institución empezaran a solucionarse.

⁴³¹ *El Imparcial*, 5 de diciembre de 1868.

⁴³² *La Correspondencia de España*, 6 de mayo de 1876, pág.7; *La Época*, 10 de mayo de 1876, pág.4.

⁴³³ “Inclusa, Colegio de la paz, Maternidad y Asilo de Cigarreras”; y *Diario Oficial de Avisos*, pág.2.

⁴³⁴ *El Siglo Futuro*, 2 de abril de 1887, pág.1.

⁴³⁵ *El País*, 23 de enero de 1889, pág.3.

⁴³⁶ Las nodrizas de la Inclusa en la provincia de Guadalajara llevaban más de 11 meses según el artículo “Noticias varias”, *El Siglo Futuro*, 26 de julio de 1892.

⁴³⁷ Tolosa Latour, “La Herodiada”, *El Imparcial*, 11 de julio de 1890, pág.3.

4.2. LA INCLUSA Y LA CASA DE MATERNIDAD EN EL CONTEXTO DE LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL

Durante nuestro periodo de estudio, la Inclusa experimentó dos procesos fundamentales. Por un lado, la consolidación del uso asistencial que se había iniciado durante el siglo anterior. Se produjo el incremento del número de niños legítimos admitidos en la institución, al tiempo que se instalaban nuevas medidas para disuadir el abandono y mejorar la situación de las madres en la institución. Por otro lado, al hilo de la preocupación por la situación de la infancia, se cobró conciencia del exceso de mortalidad expósita, iniciándose las medidas para reducirla que, a su vez, reforzaron el carácter asistencial de la institución.

Un factor muy importante de los cambios fue la intervención de la prensa en la generación de varios episodios de denuncia pública de la elevada mortalidad de la Inclusa, bien iniciada a raíz de las estadísticas publicadas de la institución o por iniciativa del propio cuerpo médico, que propiciaron grandes momentos de cambio.

4.2.1. LA CRISIS DEL IMPAGO DE NODRIZAS: MALES NACIDOS DE HECHOS Y ABUSOS ANTIGUOS

El problema de los retrasos en el pago a las nodrizas era endémico al funcionamiento de la institución. Según los contemporáneos, producía una disminución de la oferta de nodrizas e incrementaba directamente la mortalidad expósita. Durante la última década del siglo XIX esta situación había ido empeorando paulatinamente y a finales de 1898 fue objeto de una denuncia pública por parte de la prensa madrileña que implicó a la dirección de la institución y a la Diputación Provincial. Los diarios madrileños siguieron atentamente el desarrollo de los acontecimientos, revelando la importancia social que la cuestión había ido adquiriendo en la intensidad de la cobertura. La resonancia social así como la aparente disposición de los poderes públicos a intervenir fueron fruto de la cada vez más presente preocupación por la infancia y de la necesidad de intervenir para la mejora de sus circunstancias.

Se pueden señalar dos fases en un proceso que se extendió entre diciembre de 1898 y marzo de 1900. Una primera fase iniciada por la reivindicación de las nodrizas externas de sus haberes en diciembre de 1898 y, una segunda fase con una mayor participación de la prensa, provocada por la publicación de las cifras de mortalidad, parcialmente producidas por la escasez de nodrizas.

Las primeras noticias del problema aparecieron en forma de noticias breves en la prensa madrileña a finales de septiembre de 1898, denunciando que la Inclusa debía a las nodrizas externas de provincias veintisiete mensualidades⁴³⁸. Ante la falta de respuesta por parte de la institución, los representantes de éstas acudieron el día 6 de diciembre a entrevistarse con el presidente de la Diputación Provincial.

El presidente De Blas se apresuró a intervenir en la siguiente reunión de la Diputación para restar importancia a la situación, aceptando la mortalidad como

⁴³⁸ “Las amas de Ávila”, *La Correspondencia de España*, 29 de septiembre de 1898, pág.2; y “Noticias generales”, *La Época*, 30 de octubre de 1898, pág.3.

razonable para esta institución y prometiendo que se trataría de corregir el impago de las nodrizas de provincias⁴³⁹. Sin embargo, el visitador de la Inclusa Peláez, recientemente nombrado para el cargo, rechazó la visión tranquilizadora del presidente, declarando ante la prensa sobre el “nefando crimen que se está cometiendo con aquellos niños, doblemente abandonados”, por sus padres y por la Diputación. Según el diputado visitador, la situación de la Inclusa a su llegada era terrible: 68 niños habían muerto desde el 7 de noviembre, a las amas de la Inclusa se les debían 28 mensualidades y, por tanto, cada vez acudían menos a por niños, reduciendo la proporción amas-niños e incrementando, por tanto, la mortalidad⁴⁴⁰.

Se tomaron rápidamente medidas concretas para solucionar el asunto pero los problemas no desaparecieron. Por un lado, la intervención de Peláez solucionó la escasez de nodrizas al difundir las posibilidades de empleo en la Inclusa⁴⁴¹. Por otro lado, el 23 de diciembre, las primeras órdenes de pago empezaron a reducir la cuantía que se debía a las nodrizas, que ascendía a 756.000 pesetas⁴⁴².

La situación no se solucionó rápidamente y pese a que se iban haciendo los pagos y la Diputación se felicitaba de su actuación⁴⁴³, cada cierto tiempo la prensa insistía sobre el balance pendiente de las nodrizas⁴⁴⁴. En ese momento, además, la Diputación estaba bajo escrutinio ya que se encontraba envuelta en un escándalo que afectaba a todos los órdenes de la gestión de la Diputación y de las instituciones que controlaba⁴⁴⁵, por lo que la capacidad de responder a los pagos era bastante reducida.

La segunda fase de esta crisis comenzó casi un año después de su inicio, otra vez a raíz de la intervención de la prensa. Ante una nueva reunión planteada en la Diputación Provincial para tratar del impago a las nodrizas, el 21 de diciembre de 1899 el diario *El Globo* decidió publicar datos de la mortalidad de la Inclusa “para ver si la publicidad contribuye a que de una vez se eviten hechos muy tristes”. El periódico explicaba la terrible mortalidad del 30% en la institución en el periodo 1894-1899⁴⁴⁶ en la institución a causa de la falta de nodrizas internas y externas que alimentaran a los niños. Según el diario, el impago disuadía a las mujeres que podrían emplearse como tales de acudir a la Inclusa, provocando la sobre-explotación de las nodrizas existentes y la malnutrición y muerte prematura de muchos niños⁴⁴⁷.

⁴³⁹ “Diputación Provincial”, *La Época*, 10 de diciembre de 1898; y “Noticias generales”, *La Época*, 6 de diciembre de 1898.

⁴⁴⁰ “Niños muertos de hambre”, *El Imparcial*, 14 de diciembre de 1898, pág.2, reimprimiendo un artículo publicado en *El Progreso* del día 13 de diciembre, que se refería a una entrevista mantenida el día 12 de diciembre.

⁴⁴¹ “Diputación Provincial”, *El Globo*, 15 de diciembre de 1898, pág.2.

⁴⁴² “Notas provinciales”, *La Correspondencia de España*, 17 de diciembre de 1898.

⁴⁴³ De Blas fue convocado a una audiencia con la Reina (3 de enero), en la que el presidente le explicó las mejoras introducidas y le puso al tanto de los pagos que se estaban realizando. “Noticias generales”, *El Siglo*, 4 de enero de 1899, pág.2.

⁴⁴⁴ “Diputación Provincial. Las amas de cría”, *El Globo*, 27 de marzo de 1899, pág.2.

⁴⁴⁵ El escándalo a que nos referimos fue provocado por el “Folleto de actualidad” publicado por un antiguo empleado de la Diputación Provincial, D. Modesto Moyrón, en el que se denunciaban una serie de irregularidades y falta de moral en la gestión de la corporación, entre cuyas acusaciones figuraban ataques sobre la gestión de la Inclusa. “La reforma de las Diputaciones”, *El Imparcial*, 13 de mayo de 1899, pág.2; y “Diputación Provincial”, *El Imparcial*, 7 de febrero de 1899, pág.2.

⁴⁴⁶ Sobre la realidad de la mortalidad de la Inclusa en este momento, el sesgo de las estimaciones de González Álvarez y las causas de la mortalidad expósita, ver en detalle el capítulo 8.

⁴⁴⁷ “De la Inclusa. Lo que hay que remediar”, *El Globo*, 21 de diciembre de 1899, pág.1

La respuesta institucional a estas revelaciones buscó restar importancia al problema y eludir responsabilidades. En la reunión de la Diputación Provincial del día 23 de diciembre, ante la exposición de Peláez de los datos de mortalidad reportados por *El Globo*, el Presidente De Blas desvinculó a la Diputación de cualquier responsabilidad sobre el problema al presentarlo como consecuencia del impago del contingente debido por el Ayuntamiento de Madrid a la corporación provincial. Además, justificó su actividad desde la llegada al cargo, reduciendo la deuda de la Diputación de 872.230 pts. en 133.524 pts. Finalmente, su solución del problema se remitía a su visión del origen del problema: obtener el dinero del Ayuntamiento. Y, para ello, simplemente propuso el nombramiento de un comisionado, en la figura del sr. Peláez, antiguo diputado visitador de la Inclusa, para actuar de enlace entre las dos instituciones⁴⁴⁸.

En la Comisión de Beneficencia del día 28, fue el turno de los encargados de la institución de exponer su versión. El doctor González Álvarez precisó, en primer lugar, que la mortalidad de los niños en la institución era muy aceptable (comparada con instituciones similares) ya que nunca excedía el 30%. En segundo lugar, justificó la sobremortalidad expósita por los antecedentes y vitalidad de los niños, concebidos, nacidos y entregados en condiciones muy especiales. Explicaba que el 80% de la mortalidad se debía a los niños que morían en el Departamento del Biberón pero se apresuraba a explicar que no sólo eran enviados allí los que carecían de nodrizas, sino los sifilíticos y otros que, por sus enfermedades, no podían ser criados por éstas⁴⁴⁹. En tercer lugar, descartó el impago como causa de la falta de nodrizas, apuntando como causa a la buena coyuntura agrícola que hacía innecesaria la contribución económica adicional que suponía la crianza de un expósito. En cuarto lugar, aseguró que las amas internas estaban al corriente y que la mayoría de las externas ya habían sido pagadas. Y, en quinto lugar, justificó la elevada mortalidad infantil por la difícil transición entre la lactancia mercenaria y la artificial (leche pasteurizada), ya que ningún niño moría de hambre en la Inclusa, como habían descrito de manera exagerada algunos diarios. El director de la Inclusa, Domarco, por su parte negó que las nodrizas internas estuvieran mal alimentadas o que tuvieran que amamantar más de dos criaturas cada una.

Así, si De Blas ya había identificado al causante del problema, el ayuntamiento, el médico jefe y el director de la Inclusa, intervinieron descartando la necesidad de alarma. La Inclusa y la Diputación se exculpaban de responsabilidad por la sobremortalidad expósita, que no parecía solucionable. No obstante, la conciencia social de la situación de las nodrizas hizo que se tomaran acciones para favorecerlas: 1) obtener el dinero del contingente del Ayuntamiento de Madrid que debía utilizarse para pagar las 676.000 que se adeudaban a las nodrizas y regularizar el resto de pagos; y 2) tratar de mejorar la situación de las nodrizas, a través de una nueva reglamentación de las amas externas y de tomar las medidas oportunas para evitar los abusos cometidos por los agentes⁴⁵⁰.

⁴⁴⁸ “Carta del Presidente de la Diputación Provincial al Director de La Época”, *La Época*, 29 de diciembre de 1899. “Diputación Provincial”, *La Época*, 23 de diciembre de 1899, pág.2; y “Un matadero de niños”, *El Imparcial*, 24 de diciembre de 1899, pág.2.

⁴⁴⁹ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, B., “La Inclusa de Madrid. Lo que dice el doctor González Álvarez”, *El Globo* de 1899, pág.1.

⁴⁵⁰ “En la Diputación Provincial. Las amas de la Inclusa”, *La Época*, 28 de diciembre de 1899, pág.2.

Si bien la obtención de fondos y el pago total de la deuda fue un proceso que todavía tardó meses en llevarse a cabo, el segundo punto fue atajado por el Presidente de la Diputación en breve plazo. En la reunión de la Comisión de Beneficencia del día 28 se resolvió aumentar el salario de las nodrizas externas de 25 a 35 pesetas para tratar de solucionar el problema de la carencia de nodrizas⁴⁵¹. Poco después se reunió con el gobernador civil para tratar de poner coto a las agencias de nodrizas establecidas en los alrededores de la Inclusa, consideradas responsables de que no hubiera suficientes amas de cría⁴⁵².

Para entonces, los acontecimientos acaecidos en la Inclusa habían alcanzado relevancia nacional y la preocupación había alcanzado las altas esferas de la política. El senador Gimeno intervino en el Senado el 4 de enero en un ruego al ministro de la Gobernación sobre la mortalidad de los niños de la Inclusa de Madrid⁴⁵³. Realizó una serie de consideraciones sobre el problema de la mortalidad infantil y adulta en España a partir de la situación de los expósitos. Enunció cifras de mortalidad para la Inclusa mucho mayores de las que habían sido reportadas por la institución (60 y 70% de los abandonados), comentando que esos niveles de mortalidad se encontraban en otros países en el pasado pero no en la actualidad. Y finalizó con una propuesta de cambio, al plantear la posibilidad de que el Gobierno amparase una proposición de ley similar a la Ley Roussel en Francia⁴⁵⁴.

La contestación del ministro siguió la tónica de las figuras institucionales provinciales. Por un lado, justificó su actuación sobre la situación, producto de “males nacidos de hechos y abusos antiguos”. Y, por otro lado, se mostró plenamente conforme con la necesidad y apoyo a una ley de protección a la infancia.

Frente a la consigna de apaciguar la alarma de las instituciones públicas, la prensa mantuvo viva la polémica de diferentes maneras. La prensa más radical, *El País* y *El Heraldo*, fundamentalmente, llevaron a cabo una campaña de crítica feroz del funcionamiento interno de la Inclusa, que podría incluso calificarse de campaña ideológica de desprestigio. Estuvo centrada en el papel de las Hermanas de la Caridad, a las que consideraba como “un ser siniestro, despiadado, miserable y despótico, a quien aborrecen quien tiene que vivir cerca de él padeciéndolo”, y en la Junta de Damas, a las que acusó de prevaricación, conductas deshonestas, prácticas perjudiciales para la salud de los niños, etc.⁴⁵⁵ Por otro lado, otros diarios más moderados, como *El Siglo Futuro* o *El Imparcial*, también siguieron con la crítica a la administración de Blas, por su ineficacia y la falta de una solución definitiva al problema⁴⁵⁶.

En enero de 1900, se discutía el problema de la Inclusa de Madrid en otros medios también. En los círculos médicos, más allá de los estrictamente implicados en el funcionamiento de la institución, se empezó a discutir el asunto, espoleados por la

⁴⁵¹ “Los niños de la Inclusa”, *El Imparcial*, 28 de diciembre de 1899, pág.3; *La Vanguardia*, 29 de diciembre de 1899, pág.5.

⁴⁵² *La Época*, 31 de diciembre de 1899, pág.3.

⁴⁵³ “En las cámaras. Votos que llegan”, *La Correspondencia Militar*, 1 de enero de 1900, pág.3.

⁴⁵⁴ Nos hemos referido con mayor detalle a esta ley y a este proceso tanto en el capítulo 2, sección 2.2.2.2 como en el capítulo 6, sección 6.2.

⁴⁵⁵ “En la Inclusa”, *El País*, 5 de enero de 1900, pág.1. Algunas de éstas fueron contestadas por el dr. González Álvarez. GONZÁLEZ ÁLVAREZ, B., “Más sobre la Inclusa de Madrid”, *El Globo*, 7 de enero de 1900, pág.1.

⁴⁵⁶ *El Siglo Futuro*, 8 de enero de 1900, pág.1.

llamada de atención al recurrente tema de combatir la mortalidad infantil. Como se ha mencionado con anterioridad, en la Sociedad de Higiene, la discusión de la mortalidad de la Inclusa entroncó perfectamente con la preocupación por la mortalidad infantil de Manuel Tolosa y fue parcialmente responsable de la presentación del proyecto de Ley de Protección a la Infancia⁴⁵⁷.

Por otra parte, las diferentes visiones de la beneficencia de los distintos grupos políticos convirtieron la Inclusa en un elemento más en el discurso político. En el Senado se discutió la posibilidad de que toda la institución quedara en manos de personal técnico, administrativo y médico, en vez de estar gobernada en su funcionamiento interno por la Junta de Damas, siguiendo el discurso de algunos diarios. Sin embargo, otros grupos, más relacionados con la Iglesia, se manifestaban completamente en contra de la “tecnificación de la beneficencia” considerando que el personal técnico era el “cáncer roedor de nuestras mejores instituciones públicas”⁴⁵⁸.

La polémica en la prensa se mantuvo durante unos meses pero en la práctica, dado que los graves problemas de mortalidad “descubiertos” habían sido reducidos al problema del impago de las nodrizas, se saldó con el pago de las nodrizas. El día 7 de abril los representantes de las nodrizas en las provincias, representando 1.879 documentos de pago, se reunieron con la Diputación Provincial para tratar del pago definitivo de los atrasos, y aceptaron las condiciones de pago de la Diputación Provincial⁴⁵⁹. En julio de ese mismo año la Diputación se congratulaba que sólo se debían unas 30 ó 40.000 pesetas de la deuda anterior, a la vez que se habían pagado a las Hermanas de la Caridad y sacerdotes del establecimiento. Para ello, la Junta de Damas había condonado la deuda de 198.555 ptas. que tenía la Diputación con ellas, en concepto de adelantos⁴⁶⁰.

A pesar de la solución de este momento crítico, los pagos nunca fueron tan regulares como hubieran debido ser y algunos años después todavía había algún breve que reseñaba el impago a algunas amas⁴⁶¹. No obstante, nunca llegó a alcanzar las proporciones que había llegado a adquirir en este momento.

4.2.2. LAS PRIMERAS DÉCADAS DE SIGLO Y LAS MODIFICACIONES DEL REGLAMENTO DE 1915

4.2.2.1. Miradas críticas desde la medicina

El escándalo de principios de siglo, pese a tener mayor repercusión en la prensa que cualquiera de los anteriores, no provocó ninguna modificación sustancial en el funcionamiento de la institución por la reducción del problema al pago de las nodrizas. No se discutió en ningún momento sobre la reclamación tradicional de la inadecuación del local. Según las visitas giradas por el presidente de la Diputación y otras personalidades, así como por algunos diarios, las condiciones de la Inclusa y Casa de

⁴⁵⁷ *El Globo*, 10 de enero de 1900; “Academias, Ateneos y Sociedades”, *La Época*, 10 de enero de 1900, pág.3; y “Cosas de Madrid”, *El Imparcial*, 18 de enero de 1900, pág.1.

⁴⁵⁸ MORENO CORTÉS, F., “El único remedio”, *El Siglo Futuro*, 12 de enero de 1900, pág.1.

⁴⁵⁹ “La Inclusa”, *El Globo*, 31 de marzo de 1900, pág.1.

⁴⁶⁰ “Diputación Provincial”, *La Correspondencia de España*, 7 de julio de 1900, pág.2.

⁴⁶¹ *El Imparcial*, 30 de octubre de 1903, pág.6; y “Diputación Provincial”, *ABC*, 22 de abril de 1906, pág.7.

Maternidad no eran malas, lo que contradecía la reiterada propuesta de proyectos de construcción de nuevos edificios realizada durante todo el siglo anterior. El reportaje publicado por *Nuevo Mundo* en enero de 1910 no reparaba en la adecuación del edificio y concluía insistiendo en las nodrizas como el único reto de la Inclusa⁴⁶².

El propio jefe médico de la institución, Baldomero González Álvarez, era el primero en defender la adecuación de la institución a la función. Como hemos visto, en 1900, su discurso negaba la necesidad de alarma. No obstante, su posición como responsable máximo de la institución estaba probablemente detrás de su discurso. Aceptar mortalidad extrema hubiera sido reconocer su incapacidad al mando de la institución. Afortunadamente, existen otros recuentos de la institución en esa época que nos han permitido hacernos una idea más completa de la situación.

Philip Hauser incluyó una visita a la Inclusa y Casa de Maternidad en su descripción de *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, por lo que contamos con sus observaciones sobre la situación de la institución y su propuesta de mejora. En lo tocante a la Casa de Maternidad, su descripción implicaba una total carencia de instalaciones básicas imprescindibles para una institución de ese tipo como un depósito de cadáveres y salas de aislamiento; reportaba la completa falta de higiene y asepsia, la inadecuación e incluso mal estado de instrumentos y mobiliario quirúrgico; así como la falta de respiraderos en los cuartos además de otras carencias⁴⁶³.

Sobre la Inclusa, su descripción era mucho más positiva, mostrando su satisfacción con la “limpieza de las salas, de los corredores y la cubicación de aire que disfrutaban allí los asilados” pero centrando su crítica sobre los “resultados prácticos del establecimiento” al observar una elevada mortalidad. De hecho, la crítica de Hauser fue particularmente dura con las estadísticas de González Álvarez. Hauser descartaba los cálculos del médico de la Inclusa porque la práctica de incluir los supervivientes a principios de año junto con las admisiones anuales subestimaba la mortalidad ya que ésta se concentraba al principio de la vida. Así, las cifras calculadas por él ofrecían una mortalidad cercana al 80%, confirmando la existencia de una mortalidad muy elevada en la institución⁴⁶⁴.

En su comentario sobre las dos instituciones, Hauser destacaba la ubicación como un aspecto esencial de la deficiente situación. Consideraba el área donde se asentaban los edificios como un foco de insalubridad dada su ubicación entre calles “estrechas, sucias, mal pavimentadas” salpicadas de “fábricas de encurtidos, velas, jabonerías, tahonas, tabernas y bodegones”⁴⁶⁵. Y su respuesta a esta situación consistía en tres puntos: 1) reforma radical de los dos establecimientos; 2) separación de ambos y traslado de las dos instituciones a nuevos edificios creados ex profeso; 3) e instalación de 6 u 8 “casitas con tornos adecuados, para recibir en las noches de invierno los niños recién nacidos”⁴⁶⁶.

⁴⁶² LLORENTE, F., “La Inclusa de Madrid por dentro”, *Nuevo Mundo*, 10 de enero de 1900, págs.7-9.

⁴⁶³ HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, págs.444-446.

⁴⁶⁴ Su cálculo dividía el número de muertes de niños expósitos al cargo de la institución (perteneciente tanto los ingresados en un año como a los que habían entrado con anterioridad) por el número de entradas anuales, produciendo una posible sobre-estimación de la mortalidad en la que Hauser no se detenía.

⁴⁶⁵ HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.441.

⁴⁶⁶ *Ibid.*, pág.463.

Además de tener un gran impacto general por ser el primer trabajo de estas características, su visión reformista y menos politizada tuvo ciertas consecuencias en estas instituciones. La necesidad del traslado de la Inclusa no sería una de las recomendaciones seguidas, pese a su reiterada importancia en el discurso médico pero la terrible imagen de la Casa de Maternidad que describía su obra tuvo dos efectos directos. Por un lado, a raíz de esta obra, la Reina y una serie de señoras que se configuraron en Junta, pusieron en marcha el proceso de construcción de una Casa de Maternidad que culminaría dos décadas y media después con la inauguración de la Casa de Salud de Santa Cristina en 1926 para ampliar la oferta asistencial de la ciudad⁴⁶⁷. Por otro lado, las críticas a las instalaciones fueron escuchadas por la Junta de Damas que, dada la imposibilidad de llevar a la práctica el ambicioso proyecto que Hauser sugería, trataron de mejorar la situación en la Casa de Maternidad y un año después se inauguraron el Asilo de San José como una sucursal de la Inclusa.

Unos años más tarde, la situación parecía haber mejorado ligeramente y las características más negativas descritas por Hauser habían desaparecido. Las impresiones del dr. José García del Mora sobre la Casa de Maternidad tras su breve estancia en la institución (entre 1907 y 1908) explícitamente comparaban la situación encontrada por él con la descrita por Hauser. Por ejemplo, el “sillón de parto con asiento de media luna forrada de tela engominada viejo de aspecto poco decoroso” de 1900 había desaparecido y el paritorio era la sala mejor dispuesta del establecimiento, con dos camas para realizar operaciones tocológicas. Asimismo, daba fe de una “esmerada limpieza” en contraste con la desoladora imagen descrita por Hauser donde los carteles recordando limpieza contrastaban absurdamente con la falta de higiene de la institución⁴⁶⁸. La imagen seguía siendo negativa, constatando algunas de las deficiencias y faltas comentadas por Hauser, a las que García del Moral añadía sus propias observaciones.

En cuanto a su función, pese a la insistencia de González Álvarez en los niños de la Inclusa como hijos del vicio, tanto Hauser como García del Moral reconocían la función asistencial y los usos no tradicionales que se le estaban dando, sobre todo a la Casa de Maternidad. Aunque formalmente dedicada a la protección de la honra de las mujeres en desgracia, tenía un uso consciente como institución sanitaria para mujeres pobres. Hauser clasificaba en cuatro tipos las mujeres que acudían a la Maternidad: solteras, casadas o viudas que se proponían deshacerse de su “carga”; mujeres pobres sin hogar ni condiciones para dar a luz; mujeres de “costumbres sospechosas”; y otras “bien vestidas” que llegaban en la mitad de la noche, daban a luz y se marchaban al día siguiente⁴⁶⁹. Y García del Moral esencialmente comentaba que se mezclaban las funciones de clínica de partos con la de asistencia a madres “víctimas del deshonor y la miseria”⁴⁷⁰.

Aunque la función no había cambiado, las ideas sobre la maternidad y sobre el efecto social de la ilegitimidad sí estaban cambiando poco a poco al hilo del cambio de fundamentación de la identidad de la mujer. Dado el énfasis en la maternidad de las mujeres en cualquier situación, no sólo se explicitaba la posibilidad de recuperación de

⁴⁶⁷ COLOMER GÓMEZ y ANABITARTE PRIETO: “Maternidad de Santa Cristina. 100 años de la gestación de un sueño, 1903-2003”.

⁴⁶⁸ GARCÍA DEL MORAL, J.: *La Casa de Maternidad de Madrid*, Imp.Lit. y Enc. Vda. de F. Fons, Santander, 1909, págs.10-11; y HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.444-446.

⁴⁶⁹ HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.442.

⁴⁷⁰ GARCÍA DEL MORAL: *La Casa de Maternidad de Madrid*, págs.4-5.

los hijos sino que empezó a fomentarse. Y, a ello, ayudaba la instalación de cunas al lado de las camas de las paridas en la Maternidad en 1908 que pretendía fomentar la formación de vínculos con los hijos⁴⁷¹ y así evitar su abandono cuando las madres recibían el alta.

4.2.2.2. Cambios y desarrollos durante las dos primeras décadas de siglo

A pesar de iniciar el siglo con una estructura formal propia del siglo XIX, a lo largo de la primera década la Inclusa fue poco a poco experimentando los cambios que el paso del tiempo requería. El primero de ellos fue el traslado de parte de sus asilados a una nueva instalación. Los problemas financieros de la Diputación habían frustrado repetidamente los proyectos de construcción de una nueva institución a lo largo de todo el siglo anterior por lo que la Junta de Damas resolvió construir una sucursal de la Inclusa en la que alojar a parte de los expósitos a su cargo.

Así, en 1903 se fundó el Asilo de San José, cuyas obras tardaron casi diez años en completarse. Se trataba de un edificio construido ex – novo, con todos los adelantos y servicios requeridos para tal función en la calle O'Donnell, en las inmediaciones de la Fuente del Berro, frente al Hospital San Juan de Dios⁴⁷². El total de las obras, que ascendió a más de un millón de pesetas fue sufragado por la Junta de Damas, aunque algunos particulares contribuyeron a las instalaciones, aportando fondos para la construcción de algunas secciones. Entre ellos, los señores de Bayo contribuyeron con la construcción de la Iglesia -donde más tarde se depositaron sus restos-, y uno de los pabellones centrales⁴⁷³, el marqués de Miraflores y la marquesa de Miraflores, su hermana, corrieron con los gastos de la instalación de los cuartos de baño⁴⁷⁴. Posteriormente, bajo el patrocinio de la duquesa de Bailén, se instaló también allí una Gota de Leche, con todo el instrumental y aparatos necesarios para la esterilización y preparación de la leche⁴⁷⁵. Y tras la adquisición de 12 vacas para el establo por la Junta de Damas, según el médico de la Inclusa Hernández Briz el asilo estaba en disposición de configurarse como “la mejor gota de leche que existe en Madrid”⁴⁷⁶.

El traslado se debió iniciar entre 1906 y 1907, de niños ya destetados⁴⁷⁷. Las circunstancias en estas nuevas instalaciones parecían mucho más favorables. Las referencias de los contemporáneos unos años después de haberse instalado, en 1911, eran muy positivas al menos en el aspecto general. Algunos visitantes comentaban que las dependencias del asilo “estaban primorosamente instaladas, que son un primor de orden, limpieza e higiene”⁴⁷⁸ en 1916 un periodista comentaba que “las criaturas tienen

⁴⁷¹ ABC, 22 de junio de 1908, pág.9

⁴⁷² “Crónica de actualidades”, *Blanco y Negro*, 5 de noviembre de 1916, pág.1.

⁴⁷³ GÓMEZ CANO, M.: “Asilo de San José (Sucursal de la Inclusa)” en *Pro Infancia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Febrero, 1911, págs.63-68.

⁴⁷⁴ MONTE-CRISTO, “La Casa de San José”, *El Imparcial*, 9 de noviembre de 1916, pág.3.

⁴⁷⁵ GÓMEZ CANO: “Asilo de San José (Sucursal de la Inclusa)”, págs.63-68.

⁴⁷⁶ HERNÁNDEZ BRIZ, B.: *La Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid. Su estado actual y su porvenir.*, Escuela Tipográfica Provincial, Madrid, 1915.

⁴⁷⁷ No disponemos de la fecha exacta pero el incremento de defunciones de niños de corta edad experimentado en esos años sugiere que debió realizarse en los alrededores de esas fechas.

⁴⁷⁸ GÓMEZ CANO: “Asilo de San José (Sucursal de la Inclusa)”, págs.66-67.

luz, comodidades, alegría y cariño”⁴⁷⁹.

El mantenimiento del edificio y sus servicios se realizó con fondos de la Diputación Provincial a los que se sumaba el legado de la Fundación Zorrilla Monroy, que había donado 30.000 pesetas anuales para el sostenimiento, alimentación, vestido, etc. de los niños lactantes y de destete. En este edificio se alojaron distintos tipos de niños: los niños de destete procedentes de la Inclusa hasta que cumplieran los 6 años y las niñas hasta los 9; un contingente de niños que podía permanecer allí desde los 6 hasta los 13, momento en el que pasaban a los obradores del Colegio de la Paz; y una serie de niñas mayores encargadas de asistir a los pequeños, ya que no estaba permitido que existieran sirvientes en la institución⁴⁸⁰.

Este traslado no afectó a las instalaciones de Embajadores y Mesón de Paredes, que siguieron funcionando de la misma manera. En 1911 un artículo publicado en *Pro-Infantia* constataba el funcionamiento de la institución, con el presupuesto de las amas externas cifrado en 18.000 pesetas anuales perfectamente bajo control y completamente de acuerdo con los reglamentos de 1888. No obstante, se constataban una serie de pequeños cambios: la elevación de la edad máxima de admisión para las niñas, hasta los 9 años; la especificación una serie de medidas que se tomaban en el abandono de niñas de cara a su futuro retorno a padres, que solo podría tener lugar dos años después del abandono o al cumplir los 15 años, etc.⁴⁸¹

Y el año siguiente, a petición de una Comisión de la Junta de Protección a la Infancia, se cambiaron los criterios de admisión en la Casa de Maternidad. A través de una pensión módica que empezó a pagar la propia Junta, se empezó a aceptar en la Casa de Maternidad a las embarazadas privadas de auxilio en cualquier época de gestación con el objetivo de evitar “actos criminosos” y enfermedades que pudieran ocurrir a causa de inadecuadas condiciones de vida de la madre⁴⁸².

Ese mismo año, 1912, se produjo un cambio de dirección a causa de la sustitución del dr. González Álvarez, por el dr. Hernández Briz. Se pueden destacar dos aspectos de su actuación en la institución: la modificación de los reglamentos de las instituciones relativa al uso médico de la institución y el estudio estadístico de la mortalidad de los expósitos.

La modificación de los reglamentos se aprobó en 1915, implicando cambios menores pero muy significativos para la Inclusa y la Casa de Maternidad pero su entrada en vigor pareció retrasarse al menos hasta enero de 1917. Para la Inclusa las modificaciones fueron menores. Por ejemplo, se detallaron las circunstancias del tratamiento a los niños una vez recogidos del torno, como la temperatura a la que debía estar la sala del torno y su emplazamiento inmediato en una incubadora, en la sala anexa, así como su distribución en cunas, que sería supervisada de ahora en adelante por uno de los profesores del establecimiento. Asimismo, se especificaba la necesidad de realizar las pruebas pertinentes a las nodrizas que aseguraran que no estaban enfermas de sífilis o tuberculosis. Además, se mejoraron sus condiciones de trabajo, limitando a

⁴⁷⁹ “Crónica de actualidades”, *Blanco y Negro*, 5 de noviembre de 1916, pág.1.

⁴⁸⁰ GÓMEZ CANO: “Asilo de San José (Sucursal de la Inclusa)”, págs.68.

⁴⁸¹ GÓMEZ CANO, M.: “La Inclusa de Madrid” en *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Marzo, 1911, págs.93-100.

⁴⁸² “Noticias sueltas”, *ABC*, 2 de agosto de 1912, pág.15.

uno los lactantes que podían tener a su cargo, promoviendo su salida diaria de la institución a pasear y eliminando la posibilidad de ser sancionadas sin salir por faltas⁴⁸³.

Para la Casa de Maternidad, la modificación implicó el ajuste del reglamento a los cambios de orientación en cuanto a la maternidad, fomentando la relación entre las madres que acudían a la institución y sus hijos para reducir el abandono. Paulatinamente se había pasado de concebir la Maternidad como una institución destinada a “evitar que una joven abandonada de todos, sin recursos, y aguijoneada por la vergüenza, cayera en el delirio del suicidio y el aborto provocado”⁴⁸⁴ a un lugar que, ofrecía un lugar para el parto a mujeres sin recursos o en situación de necesidad y la posibilidad de abandono (aunque se trataba de disuadir de este último).

Así, el artículo 16 pasaba a decir que “las criaturas que nazcan en la Casa de Maternidad serán amamantadas por sus madres durante el tiempo de la estancia de éstas en la sala de puerperio, mientras el Profesor no encuentre motivo fundamental de contraindicación”. Aunque se indicaba que se debía mandar a la Inclusa una papeleta con el nombre del niño para el bautizo, no se especificaba que debía ser inscrito en la misma como tal, como estaba escrito en el reglamento anterior. Además, se cambiaban las condiciones para las madres en la eventualidad de que una madre deseara pasar a la Inclusa como nodriza. Según el reglamento de 1888, esta situación propiciaría el envío rápido del niño a lactar para evitar que ambos estuvieran a la vez en la Inclusa. En las modificaciones de 1915, no obstante, se preveía explícitamente la posibilidad de que una madre pudiera lactar a su hijo junto con otro más. En ese caso, su hijo permanecería en una sección distinta, dado que no era expósito. El mantenimiento de la lactancia materna, en la medida de lo posible, era esencial.

Esta situación provocó que los hijos de mujeres que acudían a la institución exclusivamente para el parto no fueran enviados a la Inclusa y pudieran quedarse con sus madres hasta que se les daba el alta, por lo que dejaron de ser registrados entre las entradas anuales de la Inclusa. Así, la sobre-estimación del volumen real del abandono a través de Maternidad (a consecuencia de estos casos), que se había estado produciendo desde los reglamentos de 1877 desapareció.

Junto con estas modificaciones, la Diputación incluyó otras pequeñas alteraciones al año siguiente. En la reunión de la sesión de la Diputación Provincial del 27 de noviembre el año siguiente se tomaron varios acuerdos que afectaban al régimen interno. Por un lado se acordó que los niños procedentes de la Inclusa y que deberían pasar al Hospicio fueran conservados en el asilo de San José hasta la edad de 10 años, donde quedaban al cargo de la Junta de Damas de Honor y Mérito que se había comprometido a cuidarlos y facilitarles todo lo que necesitaran a cambio 0,65 pesetas diarias por niño. Por otro lado, se aprobó la proposición para hacer obligatoria la práctica de la reacción de *Wassermann* (para detectar sífilis) a las mujeres que, al ser dadas de alta en la Maternidad, quisieran dejar allí a sus hijos para evitar contagios a las nodrizas⁴⁸⁵.

⁴⁸³ Modificación de los artículos 24, 27 y 33 de los *Reglamentos de la Inclusa*, según acuerdo de Diputación de 13 de diciembre de 1915.

⁴⁸⁴ GARCÍA DEL MORAL: *La Casa de Maternidad de Madrid*, pág.4.

⁴⁸⁵ “Diputación Provincial”, *La Correspondencia de España*, 27 de noviembre de 1916, pág.4.

El otro aspecto que se vio afectado por la llegada de Hernández Briz fue la contabilización de la mortalidad expósita. En 1915 se publicó una memoria con los datos de la Inclusa del año anterior que por primera vez ofrecía un recuento estadístico riguroso de la mortalidad infantil. A diferencia de su predecesor, Hernández Briz sostenía la existencia de una elevada mortalidad infantil, concentrada en el Departamento del Biberón (la mortalidad era del 94,5% a diferencia de la de los niños criados por nodrizas, que era del 1,5%). No obstante, su consideración de la mortalidad infantil seguía estando determinada por su consideración de los expósitos, señalando a la debilidad congénita y la sífilis, patologías determinadas por la experiencia familiar, como las más importantes causas de muerte (además de la diarrea y enteritis).

En su trabajo recomendaba una serie de medidas para remediar la situación: 1) unir completamente las dos instituciones, Inclusa y Casa de Maternidad, para que las madres amantaran a sus hijos durante los primeros dos meses de vida; 2) tener contratadas nodrizas sifilíticas para que criaran a sus hijos y a los niños sifilíticos que llegaban a la institución; 3) desligar el Colegio de la Paz y trasladarlo, dado que el espacio, pequeño y ahogado, no era nada favorable para las niñas conservadas allí; 4) en el espacio dejado por el Colegio de la Paz se podrían extender las instalaciones de la Inclusa y Casa de Maternidad; y 4) incluir entre las funciones de estas enfermedades la educación de futuras madres y la enseñanza práctica de la especialidad pediátrica.

Pese al impacto que generalmente habían tenido las estadísticas de mortalidad de la Inclusa, la prensa solamente se hizo eco de la publicación de la memoria pero no se generó la alarma ocurrida en 1899-1900. La única respuesta se produjo en el Senado, casi un año después de la publicación de las cifras, en una intervención del senador Roig y Bergada que en la sesión del día 18 de noviembre dirigió un ruego al Ministro de la Gobernación, en el cual le suplicaba que le informara de si la información de que la mortalidad de la Inclusa era de un 87% era correcta.

La respuesta institucional tomó la misma forma: denegación de la existencia de problemas. El 20 de noviembre el Presidente de la Diputación Provincial, Díaz Agüero, intervino declarando que la cifra de 87% debía corresponder al Departamento del Biberón y que la general, del 30,7% era perfectamente razonable dentro de los parámetros normales en Europa. Pero, en cualquier caso, justificó la elevación de la cifra una vez más por el origen familiar de los expósitos. Según él la elevada mortalidad se debía a tres circunstancias: eran hijos ilegítimos; hijos del vicio o de personas enfermas; eran abandonados por estar muy enfermos o casi muertos⁴⁸⁶. Así, la reputación de la Inclusa, casi como modelo a seguir por las Inclusas del resto de España por su reducida mortalidad, volvió a ser salvada por las estadísticas de la propia institución y los responsables de ella.

Así, en 1917, la Inclusa, pese a las deficiencias de su edificio principal en la calle Embajadores, parecía adaptarse poco a poco a los cambios que la sociedad, la medicina y la beneficencia exigían de ella. Sobre todo su función asistencial se estaba perfilando claramente al hilo de los usos no tradicionales y las disposiciones para acomodarlos. La mortalidad seguía siendo muy elevada e ignorada por los políticos que seguían usando cifras deliberadamente engañosas. No obstante, finalmente empezaba a ser reconocida desde algunos sectores

⁴⁸⁶ *Diario de sesiones del Senado*, 18 y 20 de noviembre de 1916, págs.1600 y 1702-1704.

4.2.3. LOS COMIENZOS DEL CAMBIO: “LA HERODIADA” DE 1918 Y EL TRASLADO INICIAL DE LA INCLUSA

4.2.3.1. La Herodiada

Además de los eventos previamente mencionados, en 1915 se produjo un hecho que sería muy relevante en los años siguientes: la entrada como médicos de la Beneficencia Provincial en la Inclusa de los doctores J.A. Alonso Muñoz y J. Bravo Frías. Estos dos médicos, junto con el jefe-médico de la institución, fueron responsables de la mayor polémica sobre el papel de la Inclusa hasta el momento y de un primer cambio en su funcionamiento. Dedicaron esfuerzos al estudio de la experiencia expósita, reconociendo la excesiva aunque ignorada mortalidad, y trataron de comprender las causas para mejorar la situación sanitaria de la Inclusa. Así, llevaron a cabo un minucioso análisis de la mortalidad de 1917 y, tras su estudio detallado, decidieron tomar medidas drásticas para poner solución a un problema que se había arrastrado desde hacía décadas, implicando tanto al director y al Cuerpo Médico de la Beneficencia provincial.

Enviaron una breve nota a la Diputación en la que informaron de la elevadísima mortalidad del Departamento del Biberón: tenían 68 niños condenados a morir por la lactancia artificial colocados en cunas de dos en dos por falta de espacio. Y, a raíz de esa comunicación, se convocó una reunión del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial el 13 de junio de 1918 a la que se invitó al presidente de la Diputación Provincial interino en ese momento, Arturo Soria, y los diputados provinciales visitantes de la Inclusa.

En esa reunión, los médicos Muñoz y Bravo, leyeron una memoria en la que se presentaron los datos de las estadísticas recopiladas y que constataban una mortalidad general del 51,9%, fundamentalmente causada por la mortalidad de los niños en lactancia artificial, dónde prácticamente morían todos los ingresados⁴⁸⁷. En su exposición describieron las causas principales de esta situación: a) alimentación deficiente, b) falta de asepsia en la más amplia acepción de la palabra, c) personal deficiente en número e ilustración para cuidar de los niños, d) falta de local y falta de todos los medios requeridos por este tipo de instituciones.

Para solucionar el prolema, proponían 15 acciones imprescindibles que ayudarían a cambiar la situación después de “la experiencia de más de treinta años de la inutilidad de los esfuerzos habituales para corregir el terrible problema de la mortalidad”.⁴⁸⁸ Estas medidas se pueden resumir en cuatro grupos de acciones.

El primer aspecto que trataban era la necesidad del cumplimiento de la ley de protección a la infancia de 1904 para evitar la crianza de los hijos en la inclusa mientras las madres se dedicaban a la lactancia mercenaria. Se pretendía garantizar que ninguna madre que diera a luz en la Maternidad pudiera encontrar trabajo fuera de la Inclusa a menos que presentara un certificado de tener un hijo mayor de 6 meses y menor de 10

⁴⁸⁷ MADINAVEITIA, “Un artículo del doctor Madinaveitia”, *El Globo*, 16 de junio de 1918, re-impreso tras publicación original en *El Sol* el día anterior; “Las denuncias sobre la mortalidad en la Inclusa”, *La Medicina Ibera*, 22 de junio de 1918, págs.lxxxvii-xc.

⁴⁸⁸ *La mortalidad de los niños de la Inclusa: sus causas y remedios*, Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial. Est. Tipográfico, Bola 8, Madrid, 1918.

años. Un segundo grupo de peticiones pretendía cambiar los conceptos de “inclusa” y de “abandono”, suprimiendo el torno y, por tanto, el anonimato y favoreciendo la investigación de la paternidad. Un tercer aspecto, resumen de la necesidad de cambio, era el imprescindible traslado a nuevas instalaciones y la construcción de un nuevo edificio, dadas las malas condiciones y limitado espacio del caserón de Embajadores. Finalmente, un cuarto grupo de peticiones incidía en los medios y personal técnico requeridos y en la necesidad de una mejora del funcionamiento y control de las lactancias en pueblos.

Pese al acuerdo del Presidente de la Diputación y la convocatoria de un Pleno para pocos días después para tratar de buscar soluciones a la situación, el Cuerpo Médico decidió acudir a la prensa y hacer pública la situación para “compartir la responsabilidad de lo que viene ocurriendo, y para que el vecindario ayude y colabore con los Poderes públicos para poner remedio a esta vergüenza con la eficacia y la prontitud necesaria”⁴⁸⁹. Los diarios madrileños se apresuraron a lanzar una amplia campaña de información y crítica de la actividad institucional para solucionar la “Herodiada de la Inclusa”, como fue denominada por *El Globo*. Como en la ocasión anterior, las líneas editoriales claramente marcaron las posturas de la información: *El País* retomó los ataques contra la Junta de Damas y las Hermanas de la Caridad, otros diarios como *La Época* o *ABC* se mantuvieron bastante moderados en la crítica aunque preocupados por la situación y *El Globo* se arrogó el papel de defensor de la Inclusa, constituyéndose en paladín del pueblo madrileño y de los intereses del mismo”.

A la reunión del Cuerpo Médico del día 13 le siguieron tres reuniones: el Pleno de la Diputación, una reunión en el Ministerio de la Gobernación y la Comisión de Beneficencia. En todas ellas se leyó la información facilitada por los médicos y el debate suscitado trató de abordar la forma práctica de llevar a cabo las recomendaciones propuestas. Uno de los aspectos fundamentales fue la discusión del cierre del torno frente a la postura generalizada de que su mantenimiento prevenía frente a males mayores, pero además se insistió en la necesidad de que se cumpliera la Ley de Protección a la Infancia (sin ofrecer maneras específicas de llevarlo a cabo) y se consideró necesario seguir la propuesta de trasladar la institución⁴⁹⁰.

Finalmente se tomaron una serie de acuerdos: “supresión inmediata del torno, para que sean reconocidos debidamente los niños a su ingreso; cumplimiento de la ley de Protección a la infancia, aumento del salario de las amas de cría; pago por el ayuntamiento de Madrid de lo que adeuda por contingente a la diputación, para atender debidamente a las necesidades de la Inclusa y de la Beneficencia en general; y traslado inmediato de la Inclusa a un lugar apropiado, que se creía que podría ser el edificio existente en la calle de O'Donnell destinado a Escuela de Maternología y Puericultura”⁴⁹¹.

Estas decisiones fueron seguidas por un continuo ir y venir de los políticos

⁴⁸⁹ “Los niños que mueren en la Inclusa. Gravísima denuncia del Cuerpo médico de la Beneficencia provincial”, *El Globo*, 15 de junio de 1918, pág.1.

⁴⁹⁰ “El asunto del día. La mortalidad en la Inclusa”, *El Imparcial*, 17 de junio de 1918, pág.1; “Resumen de la reunión de ayer en Gobernación”, *El Siglo Futuro*, 17 de junio de 1918, pág.2; y “Diputación Provincial”, *El Globo*, 17 de junio de 1918, pág.1.

⁴⁹¹ “Reunión en la Diputación Provincial de la Comisión de Beneficencia”, *El Siglo Futuro*, 18 de junio de 1918, pág.1.

implicados. Visitas a la Inclusa, reuniones con el Ministro de la Gobernación con el de Sanidad y con el gobernador de Madrid⁴⁹², gestiones del alcalde Silvela para agilizar parte del pago del contingente⁴⁹³, visitas del gobernador de Madrid y donativos⁴⁹⁴, etc.

Y, como en las otras ocasiones había ocurrido, la alarma levantada por los médicos llegó a las esferas más altas, provocando su discusión en el Parlamento. Gómez Ocaña en el Senado explicó la elevadísima mortalidad de la institución por la sífilis, la falta de cuidados maternos y las deficientes condiciones laborales de las nodrizas. Se discutieron vivamente las ventajas e inconvenientes del cierre del torno⁴⁹⁵. Asimismo el Ministro de la Gobernación intervino aplacando el debate, recordando la necesidad del traslado, así como otras medidas que se habían tomado⁴⁹⁶. En el Congreso, el diputado Fatás intervino explicando una vez más la mortalidad expósita a causa de la sífilis y las malas condiciones de los niños abandonados, que eran “hijos del vicio”⁴⁹⁷.

Mientras tanto la pertinencia y veracidad de las declaraciones del Cuerpo Médico fueron repentinamente puestas en duda, tanto desde el ámbito médico como desde el ámbito político. Por un lado, el dr. Baldomero González Álvarez escribió una carta al diario *ABC* discutiendo las afirmaciones realizadas por el Cuerpo Médico presentando a través de sus propios datos una mortalidad mucho menor. González Álvarez mantenía que la mortalidad era similar a la que había sido en el pasado e insistía en situar a la Inclusa en mejores condiciones que muchos otros lugares. Finalizaba su carta, mostrando su rechazo a la denuncia realizada por los médicos ya que implicaba una “terrible censura para cuantos técnica o administrativamente” habían intervenido en la Inclusa, de la que se sentía víctima (así como la Junta de Damas) y que encontraba injusta dados los esfuerzos que había llevado a cabo en la institución, implementando una serie de innovaciones y modificaciones⁴⁹⁸.

Dos días después, la respuesta del Cuerpo Médico desacreditó su argumentación. El Cuerpo Médico señaló los problemas de estimación, fiabilidad y credibilidad de los datos utilizados por el exdirector. Explícitamente, la contestación contradecía la afirmación de que nada podía hacerse con los niños que eran lactados artificialmente, recordando que el deficiente estado de salud de algunos de los niños (aunque no tantos como se hacía creer) no podía ser excusa de las terribles cifras

⁴⁹² “El ministro de la Gobernación en el benéfico establecimiento”, *El Imparcial*, 18 de junio de 1918, pág.1; “Gestiones del gobernador”, *El Imparcial*, 19 de junio de 1918, pág.1 y “Horrores de la caridad oficial. El ministro de la Gobernación y el Gobernador conferencian”, *El Globo*, 19 de junio de 1918, pág.2.

⁴⁹³ “Hablando con el Alcalde”, *La Correspondencia de España*, 18 de junio de 1918, pág.4.

⁴⁹⁴ “Visitas oficiales”, *La Época*, 23 de junio de 1918, pág.1; y “Reunión de la Junta de Protección a la Infancia en Gobierno Civil”, *El Globo*, 25 de junio de 1918, pág.2.

⁴⁹⁵ Muchos de los senadores sostenían que su cierre produciría invariablemente el aumento de los infanticidios mientras otros ofrecieron alternativas a los problemas de éste: la creación de un segundo torno mientras se desinfectaba el primero o la descentralización de los niños en distintas casas en la ciudad mientras se mantenía el torno de Embajadores exclusivamente en Embajadores “Sesión del Senado de 20 de junio”, *El Globo*, 21 de junio de 1918, pág.2; “Sesión del Senado de 20 de junio”, *La Época*, 20 de junio de 1918, pág.3; y “Sesión del Senado de 20 de junio”, *El Globo*, 20 de junio de 1918, pág.2.

⁴⁹⁶ “Sesión del Senado de 20 de junio (continuación)”, *El Globo*, 22 de junio de 1918, pág.2 y “Sesión del Senado de 20 de junio (continuación)”, *La Correspondencia de España*, 22 de junio de 1918, pág.5; y “Sesión del Senado de 20 de junio”, *La Época*, 21 de junio de 1918, pág.2.

⁴⁹⁷ “Sesión del Senado. 19 de junio de 1918”, *El Siglo*, 19 de junio de 1918, pág.3.

⁴⁹⁸ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, B., “Carta del Doctor González Álvarez”, *ABC*, 21 de junio de 1918, págs.14-15.

alcanzadas. Asimismo, la respuesta insistía en que no se habían señalado culpables. La Junta de Damas en ningún caso podía ser responsabilizada, aunque lo hubiera sido por la prensa, ya que había estado guiada por el dr. Álvarez González. Sin embargo, éste sí podía ser criticado porque se “había conformado” con mantener la situación tal y como estaba, aun cuando el resto de países habían conseguido reducir sensiblemente la mortalidad en sus instituciones⁴⁹⁹. A pesar de que el documento refutaba punto por punto las críticas de González Álvarez, las dudas sobre la veracidad de sus informaciones todavía fueron planteadas en otra arena.

En las siguientes reuniones del Pleno de la Diputación Provincial, los días 27 y 28 de junio, que debía decidir sobre los acuerdos de la Comisión Provincial, el presidente titular, Juan Fernández Rodríguez retomó la crítica a la credibilidad del trabajo de los médicos. Fernández se negó a creer la estadística de mortalidad del 100% de los niños que había sido el caballo de batalla del Cuerpo médico en base a su revisión personal de las estadísticas de la institución (posiblemente los datos de González Álvarez). Y, para satisfacer su interés, exigió la entrega de una memoria, acusando a los facultativos de no haber producido ninguna documentación que sustentar sus alegaciones.

Tras el Pleno, el Cuerpo médico volvía a estar en cuestión. Soria, el presidente interino durante la primera parte del conflicto, sorteó la responsabilidad dirigiéndola a los facultativos⁵⁰⁰. Y, éstos, pese a las negociaciones que se establecieron con el presidente de la Diputación durante el mes de julio, se vieron obligados a presentar la memoria estadística para rehabilitar su actuación el día 14 de julio⁵⁰¹.

4.2.3.2. Soluciones prácticas temporales y estructurales: nodrizas, torno y mudanza

La reunión de finales de junio de la Diputación, pese a poner en duda las cifras del Cuerpo Médico, en realidad no cuestionó la necesidad de las medidas que se proponían. Así, se tomaron una serie de acuerdos finales sobre la Inclusa: se decretó el mantenimiento del torno; se mantuvieron las plazas de niños pensionados en lactancia; se aumentó el sueldo de las amas -fijándolo en 25 pesetas mensuales para las que tuvieran niños en lactancia externa y 10 para las que los tuvieran de destete, cuando antes recibían 15 y 7,5⁵⁰²-, y que éste se les haría llegar por conducto de la Guardia civil; y, finalmente, se decidió que los médicos fueran los encargados de dar a los niños a las nodrizas, en lugar de las Hermanas de la Caridad⁵⁰³.

Dada la importancia de la disponibilidad suficiente de nodrizas entre las medidas destinadas a evitar las muertes infantiles, los esfuerzos se centraron en ese sentido a principios de julio⁵⁰⁴. El gobernador realizó una serie de acciones para controlar y

⁴⁹⁹ CUERPO MÉDICO DE LA BENEFICIENCIA PROVINCIAL, “Un grave problema. La Inclusa de Madrid. El Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial contesta a la Carta del dr. González Álvarez”, *ABC*, 23 de junio de 1918, págs.2-3.

⁵⁰⁰ “Diputación Provincial”, *El Globo*, 28 de junio de 1918, pág.2.

⁵⁰¹ “Diputación Provincial”, *El Globo*, 14 de julio de 1918, pág.2.

⁵⁰² “La herodiada de la Inclusa”, *El Globo*, 2 de julio de 1918, págs.1-2; y “La herodiada de la Inclusa”, *El Globo*, 11 de julio de 1918, pág.2.

⁵⁰³ “Diputación Provincial”, *El Globo*, 28 de junio de 1918, pág.2.

⁵⁰⁴ “La herodiada de la Inclusa”, *El Globo*, 2 de julio de 1918, pág.1-2.

mejorar la lactancia mercenaria. Entre otras, se instruyó a los subdelegados de Medicina de la capital a que vigilaran los establecimientos dedicados a la contratación de nodrizas. Se emitió una circular que instaba a los alcaldes de los pueblos de la provincia a enviar información al gobernador sobre el número, disposición, antecedentes sanitarios y morales, supervivencia de los hijos de las mujeres que pudieran desarrollar el empleo de nodrizas⁵⁰⁵. Y, unos días después, además, se encomendó al inspector provincial, valiéndose de los elementos de la brigada sanitaria, la realización de reconocimientos médicos y propaganda rápida respecto a las nuevas condiciones del empleo de nodriza para la Inclusa⁵⁰⁶.

Finalmente, con la mejora de las condiciones generales de las nodrizas ya en marcha, el nuevo diputado visitador nombrado para la Inclusa, Rodolfo Gil, inició una serie de reformas específicas en la institución⁵⁰⁷. En primer lugar, se dispuso la desinfección constante del torno donde se depositaban los niños, el cual se instaló en el interior del edificio, en una sala que comunicaba con el exterior (9 de septiembre). El objetivo era evitar los inconvenientes del frío del exterior por lo que durante el verano se mantuvo el sistema anterior. En segundo lugar, se estableció una oficina especial para realizar el abandono en persona, con total respeto del secreto de las madres. En tercer lugar, se instaló una guardia permanente de médicos para examinar las condiciones de entradas de los niños y poder atenderlos desde el primer momento. El seguimiento de éstos, además, debía ser supervisado por la Diputación, a la que se debían enviar los informes clínicos de los difuntos. Y, en cuarto lugar, se puso en funcionamiento la máquina maternizadora de leche en el Asilo de San José, dónde se estableció una división clara entre los niños con enfermedades infecciosas y el resto. Finalmente, la medida estrella para la modernización de la institución, el traslado definitivo, aún estaba congelada aunque en septiembre se inició la mudanza a uno de los pabellones del Asilo de San José de una parte de la sección de amas internas de la Inclusa y los niños a su cargo⁵⁰⁸.

Las declaraciones del presidente de la Diputación en octubre sugieren una sensación de triunfo sobre la situación de la Inclusa. La reducción de la mortalidad hacía ver “que el problema de la Inclusa va mejorando rápida y notablemente, gracias al propósito que todos se imponen en mejorar lo malo”. No obstante, no está claro que esas medidas estuvieran teniendo un efecto tan rápido ya que podría tratarse de un efecto meramente estacional, dada la relativa mejoría generalizada de la experiencia de la mortalidad en los meses de septiembre con respecto a la mortalidad veraniega.

El diputado visitador Gil realizó reiteradas visitas a la institución para supervisar la situación,⁵⁰⁹ y en el pleno de la Diputación del día 26 de octubre se aprobaron dos medidas propuestas para incidir sobre aspectos ya reglamentados: el mantenimiento del secreto y la obligatoriedad de la devolución de niños reclamados⁵¹⁰.

⁵⁰⁵ “Circular del Gobernador”, *El Globo*, 30 de junio de 1918, pág.1; y “Gobierno civil”, *La Época*, 13 de julio de 1918, pág.3.

⁵⁰⁶ “Nota del Gobierno civil”, *El Globo*, 11 de julio de 1918, pág.2.

⁵⁰⁷ “Diputación Provincial”, *El Globo*, 17 de julio de 1918, pág.1.

⁵⁰⁸ “Reformas en la Inclusa”, *La Época*, 22 de julio de 1918, pág.3; “Las reformas en la Inclusa”, *La Época*, 9 de septiembre de 1918, pág.4; y “Reformas en la Inclusa. Supresión del torno”, *El Imparcial*, 9 de septiembre de 1918, pág.4.

⁵⁰⁹ “Notas provinciales”, *La Correspondencia de España*, 18 de octubre de 1918, pág.3.

⁵¹⁰ Estas dos disposiciones fueron: 1) la conservación del secreto absoluto según el reglamento mientras nadie reclamara al niño haciendo valer el derecho de paternidad, dado que todos los niños depositados en

Entre finales de 1918 y principios de 1919 las cuestiones más acuciantes habían sido parcialmente resueltas. Por un lado se había realizado el traslado de todos los niños lactantes y menores de 5 años al Asilo de San José, mientras que tanto el Colegio de la Paz como algunas dependencias de la Inclusa permanecían todavía allí⁵¹¹. Por otro lado, el torno seguía abierto en la Calle Embajadores pero había cambiado ligeramente su funcionamiento. A consecuencia del depósito de un niño degollado en el torno, se cambió definitivamente el sistema de ingreso. Pasó a realizarse en el zaguán de la institución que estaba custodiado por un guarda que retenía al individuo abandonando al niño hasta que la Hermana de la Caridad confirmaba el estado del mismo⁵¹². Así, el torno en su sentido más tradicional, como el instrumento que facilitaba ese abandono, desaparecía aunque el torno en su sentido más amplio, como sistema implantado que garantizaba el anonimato aún permaneció durante casi una década.

Durante los años siguientes, se llevaron a cabo toda una serie de reformas e instalación de nuevos pabellones en el Asilo de San José pero los artífices de estos cambios, Bravo y Alonso, no pudieron formar parte de ellos. A consecuencia de un incidente con el director facultativo Hernández Briz, los doctores Alonso y Bravo fueron separados temporalmente del servicio como médicos pediatras.

Durante su ausencia, los médicos estuvieron envueltos en una importante campaña de sensibilización y divulgación de la situación de los niños en las Inclusas, en forma de conferencias, comunicaciones a congresos, contribuciones científicas, etc.⁵¹³ En algún caso, fueron recogidas por los políticos, como indica la intervención en el Senado de Elosegui, que habló de la mortalidad del 100% de los niños de la Casa de la Maternidad (usando ese nombre para referirse de manera vaga a la Inclusa) relacionada con la tuberculosis. Como en otras ocasiones, fue fácilmente convencido de su error al leer las cifras con los argumentos clásicos: la menor mortalidad y el origen “del vicio” de muchos de los expósitos⁵¹⁴.

En 1921 Bravo y Alonso volvieron a ser médicos de número⁵¹⁵ y en 1923 pudieron volver a la institución para, desde dentro, volver a la lucha para mejorar la situación de los niños abandonados⁵¹⁶. A partir de entonces se continuaron las

la Inclusa eran inscriptos como expósitos; y 2) la entrega inmediata a quien, ofreciendo las debidas garantías de identidad y relación, solicitara su devolución. La reiteración de disposiciones que ya estaban presentes en el reglamento hace pensar en su incumplimiento pero no disponemos de suficiente información sobre este punto. “Diputación Provincial”, *El Globo*, 29 de octubre de 1918, pág.2; “Diputación Provincial”, *El Imparcial*, 27 de octubre de 1918, pag.2.

⁵¹¹ BRAVO FRÍAS, J. y ALONSO MUÑOYERRO, J. A.: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, Imprenta de Mario Anguiano, Madrid, 1923, págs.12-13. CASARES, F., “Lo que tiene Madrid”, *La Época*, 25 de febrero de 1928, pág.6, “El Doctor Bravo contesta a la Diputación”, *El Heraldo de Madrid*, 17 de febrero de 1927, pág.1.

⁵¹² “El presidente de la Diputación contesta a nuestra campaña”, *El Heraldo de Madrid*, 28 de febrero de 1927, pág.1

⁵¹³ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*.

⁵¹⁴ “Senado”, *El Imparcial*, 25 de marzo de 1926, pág.6.

⁵¹⁵ ALONSO MUÑOYERRO, J.A., “El Hospital infantil como centro sanitario social. Hospitalización del niño abandonado”, ponencia al X Congreso Nacional de Pediatría Nacional en 1960, reproducido en ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, pág.590.

⁵¹⁶ ALONSO MUÑOYERRO, J.A., “La transformación de las Inclusas en España. La realidad de la transformación de la de Madrid en el instituto provincial de Puericultura” en *Ibid.*, pág.533.

modificaciones y reformas tanto en el Asilo de San José como en la calle Embajadores. Mientras se esmeraban los cuidados en el nuevo aunque insuficiente edificio de la calle O'Donnell, se realizaron actuaciones en el viejo caserón de Embajadores para dar más espacio a la Casa de Maternidad. De hecho, en marzo de 1926 la Diputación Provincial autorizó la realización de las obras de la Casa de Maternidad sugeridas por su visitador, para reorganizar los servicios facultativos⁵¹⁷ y en mayo se dio permiso a las obras sugeridas por el dr. José Bourkaib, profesor médico de la misma. Éste quería realizar la instalación de una consulta de ginecología y obstetricia en el local antes ocupado por las oficinas de la Inclusa financiado por su propio bolsillo a modo de donativo, que luego quedaría de la absoluta propiedad de la Diputación⁵¹⁸. Pese a ello, la idea de que en última instancia era necesaria no había desaparecido, como sugiere la referencia a ella aprobada en 1923⁵¹⁹.

La situación, aunque percibida de manera mucho más positiva por muchos de los políticos y directivos en el momento, reforzada por las acciones que se habían llevado a cabo, no había mejorado más allá de unos límites. *El Heraldo*, una vez más, en 1925 arrancaba contra la situación de la institución, esta vez contra las penosas condiciones laborales de las amas, principales responsables de mantener a raya la mortalidad infantil. Junto a varios datos sobre el número de amas y sus retribuciones, pedía a la Diputación que ampliara la financiación para la contratación de amas como medio de luchar contra la mortalidad expósita⁵²⁰. No obstante, la falta de datos concretos sobre la mortalidad expósita probablemente impidió que volviera a generalizarse la protesta.

4.2.4. LA CAMPAÑA DE LA PRENSA DE 1927 Y LA GESTACIÓN DEL INSTITUTO PROVINCIAL DE PUERICULTURA

4.2.4.1. El año del cambio: 1927

Una vez recuperadas sus posiciones en la Inclusa, Bravo Frías y Alonso Muñoyerro no tardaron en volver a defender la necesidad de cambios mucho más radicales que los que se habían llevado a cabo hasta ese momento para efectuar una verdadera transformación en las expectativas de supervivencia de la población expósita. A partir de esta fecha en sus trabajos no aportaban nueva información, sino que popularizaban los resultados ya publicados en 1918 y 1923 y trataban de ampliar el debate a las Inclusas en general, llamando a un cambio en la mentalidad general hacia las madres que abandonaban a sus hijos y a las razones que estaban detrás de ese hecho. Su posición arrancaba del pensamiento pediátrico sobre la madre y la maternidad.

Esta campaña de fondo provocó que en 1927 se produjera un nuevo momento de preocupación pública por la institución aunque esta vez el desencadenante fue la respuesta de la Diputación a una de las manifestaciones del discurso y no una apelación específica a la prensa. En febrero de 1927 Bravo Frías dio una conferencia en la Escuela Nacional de Puericultura con el título “Organización de las Inclusas españolas”. En ella

⁵¹⁷ “Diputación Provincial”, *ABC*, 7 de marzo de 1926, pág.27.

⁵¹⁸ “Diputación Provincial”, *ABC*, 15 de mayo de 1926, pág.16.

⁵¹⁹ “La reorganización sanitaria”, *ABC*, 13 de diciembre de 1923, pág.1.

⁵²⁰ BOLIS R., “La Inclusa de Madrid y los niños abandonados”, *El Heraldo de Madrid*, 23 de febrero de 1925, pág.5.

trató de aspectos generales del régimen de las inclusas, aportando algunos datos globales y el mismo discurso que habían utilizado él y Alonso Muñoyerro desde la década anterior: la mayor parte de los expósitos no eran hijos del vicio, la mortalidad era del 50% en las inclusas, del 100% en el Departamento del Biberón, se precisaba suprimir el torno así como implantar la investigación de la paternidad, etc. Sólo utilizó el ejemplo de la Madrid para mostrar cómo, pese a los cambios, aún quedaban cuestiones que solucionar⁵²¹.

A diferencia de las manifestaciones anteriores de los dos médicos, en conferencias, congresos, etc., posiblemente por el ámbito elegido, la Diputación respondió inmediatamente para defender su gestión. El 16 de febrero el diputado visitador Orduña en una entrevista con *El Heraldo de Madrid* rebatió los datos de mortalidad de un 50% diciendo que se documentaba sólo un 35%. Como en otras ocasiones, insistió en la justificación tradicional de la mortalidad: la mayoría de los niños entraban en muy malas condiciones y el número de niños que entraban sanos eran mucho inferior a la cifra dada por Bravo⁵²².

La respuesta de Bravo fue publicada en forma de una entrevista al día siguiente en una entrevista de *El Heraldo de Madrid*. Por un lado, especificaba que las cifras ofrecidas en la conferencia eran de tipo general y no se referían específicamente a la Inclusa pero, por otro lado, se reafirmaba en sus declaraciones e incluso ofrecía datos específicos de la institución sobre la mortalidad del año anterior y de la vitalidad de los niños abandonados⁵²³.

A partir de ese momento se produjeron dos procesos paralelos. *El Heraldo de Madrid*, como hizo *El Globo* casi diez años antes, se auto-erigió en paladín de los niños de la Inclusa y lanzó una campaña para cubrir la situación y exigir que se tomaran las medias oportunas. Y la Diputación puso en marcha una campaña de auto-justificación que buscó desacreditar la postura del dr. Bravo.

El Heraldo exhibió entrevistas, informaciones y todo tipo de comentarios relacionados con la Inclusa en sus páginas, para justificar la necesidad de cambios que pedía Bravo: nuevos edificios, mejora del personal técnico, creación de asilos de madres, etc. Entrevistaron a Enrique Suñer, director de la Escuela Nacional de Puericultura que se mostraba de acuerdo con las proposiciones de Bravo⁵²⁴, con el jefe de las secciones de protección a la infancia del Consejo Superior de Protección a la infancia⁵²⁵, etc.

La Diputación Provincial inició su proceso de exculpación con una conferencia de su presidente sr. Salcedo Bermejillo con los diarios el día 18 de febrero, a los que informó de la apertura de un expediente para investigar las causas de la mortalidad, que

⁵²¹ “En torno a las Inclusas. Una conferencia técnica”, *La Voz*, 14 de febrero de 1927, pág.8

⁵²² “¿Es cierto que en las Inclusas la mortalidad es aterradora?”, *El Heraldo de Madrid*, 15 de febrero de 1927, pág.1.

⁵²³ Ibid, pág.1.

⁵²⁴ SOLIS, R., “También el doctor Suñer, de la Escuela Nacional de Puericultura, dice que el actual régimen de las Inclusas debe desaparecer”, *El Heraldo de Madrid*, 19 de febrero de 1927, pág.1; y “Los resultados de nuestra campaña”, *El Heraldo de Madrid*, 9 de marzo de 1927, pág.1.

⁵²⁵ “La tragedia de los niños abandonados”, *El Heraldo de Madrid*, 24 de febrero de 1927, pág.1.

debía entrevistar a las partes y visitar la Inclusa⁵²⁶. Unos días más tarde, la respuesta institucional mostró los elementos tradicionales: se habló de la elevada mortalidad intrínseca pero se discutieron medidas “viejas” para solucionarla (traslado y cierre del torno), además de nuevas soluciones (solicitud que se había realizado al gobierno de promulgar una ley para retener a las mujeres dos meses en maternidad criando a sus hijos)⁵²⁷.

Esta última medida fue una novedad y tras una serie de reuniones en la Diputación, se pasó la propuesta al Consejo Superior de Protección a la Infancia como una medida que podía provocar un importante efecto en la institución⁵²⁸. Allí se acordó inmediatamente apoyar la petición, que fue elevada al gobierno. Y en mayo de ese año se publicaba una Real Orden que regulaba que las madres que daban a luz en las maternidades debían amamantar a sus hijos durante un periodo mínimo de dos meses⁵²⁹.

Mientras tanto, ante la alarma creada, el 11 de marzo el Ministro de la Gobernación, Martínez Anido, visitó personalmente la institución por invitación de Salcedo Bermejillo en la que también participaron el Ministro de la Gobernación, el gobernador de Madrid, el director de Sanidad, el doctor Tolosa Latour y todos los miembros del Consejo Superior de Protección a la Infancia, junto al diputado visitador Orduña y algunos representantes de la prensa.

Años más tarde, Muñoyerro describió este momento como la clave de todo el proceso para cambiar la orientación de los acontecimientos. Según éste, la visita había sido preparada para dejar en ridículo sus denuncias ya que sólo se le mostraron al ministro las cosas positivas de la institución. Pero, al encontrarse con el Ministro, Muñoyerro se ofreció a revelar la realidad denunciada, mostrándole, entre otras evidencias, el libro de autopsias, donde se recogían 757 de 1.200 a 1.300 ingresados. Ante tales pruebas de la elevada mortalidad, inaceptable de todo punto, el Ministro inmediatamente preguntó los medios que debían ponerse para solucionarlo y Muñoyerro reiteró la lista de reclamaciones que habían exigido desde años atrás y que repitió en las reuniones que siguieron, donde se fue decidiendo el futuro de la Inclusa⁵³⁰.

Tras esta visita, el discurso del ministro de la Gobernación fue contemporizador ya que, al tiempo que expresaba su satisfacción por el estado general de la institución y

⁵²⁶ “La mortalidad en la Inclusa. Una pretensión poco razonable”, *El Imparcial*, 19 de febrero de 1927, pág.4; “La Diputación abre un expediente para conocer exactamente la cifra de los niños que se mueren y depurar responsabilidades”, *El Heraldo*, 18 de febrero de 1927, pág.1; “La mortalidad de la Inclusa”, *El Siglo Futuro*, 23 de febrero de 1927, pág.3; y “Diputación Provincial”, *El Imparcial*, 23 de febrero de 1927, pág.3.

⁵²⁷ “El presidente de la Diputación contesta a nuestra campaña”, *El Heraldo de Madrid*, 28 de febrero de 1927, pág.1

⁵²⁸ “Del régimen de la Inclusa”, *La Voz*, 8 de marzo de 1927, pág.6.

⁵²⁹ “La Inclusa y el Colegio de la Paz”, *La Época*, 9 de marzo de 1927, pág.4; “Los resultados de nuestra campaña”, *El Heraldo de Madrid*, 9 de marzo de 1927, pág.1. “El régimen de las Inclusas. Reunión en Gobernación. Visita a la Inclusa de Madrid” en *Pro Infancia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Enero, Febrero y Marzo, 1927, págs.8-9. Esta medida también incluía la previsión de requerir la autorización a la Junta de Damas para aquellas mujeres que querían amamantar al niño fuera de la Inclusa. Recio, P., “Breve visita a la Inclusa. Una charla con el dr. Muñoyerro”, *La Voz*, 20 de febrero de 1930, pág.4.

⁵³⁰ ALONSO MUÑOYERRO, J. A.: *La transformación de las Inclusas en España. La realidad de la transformación de la de Madrid*, Madrid, 1944, pag. 535.

constataba el buen hacer de la Diputación, reconocía “muy justa y razonada la propuesta de los médicos” en cuanto a la necesidad de traslado⁵³¹.

Pese a que se había tomado conciencia de la necesidad del cambio, la situación aún estaba lejos del fin de la situación. Además del largo tiempo de espera requerido hasta que se llevaran a la práctica las reclamaciones, la credibilidad de los médicos estaba aun en tela de juicio. El 19 de marzo, la Comisión de Beneficencia dictaminó que no se habían encontrado culpables de la situación de la Inclusa pero que la conducta de Bravo Frías había sido apasionada, exagerando las cifras de mortalidad⁵³². A la recomendación de su apercibimiento por una falta moral leve, Bravo respondió con un recurso,⁵³³ mientras que *La Voz*, *El Heraldo* y otros periódicos manifestaban críticas indignadas, acusando a la Comisión de haber “fabricado” el informe para producir resultados necesariamente distintos a los de Bravo⁵³⁴. Unos días después, la Comisión retiró el apercibimiento a Bravo⁵³⁵ y *El Heraldo*, provocando el reconocimiento público de la corrección de la conducta de Bravo⁵³⁶.

Sorprendentemente, la crítica al médico no parecía incompatible con la adopción de sus propuestas. La falta de espacio y la necesidad de nuevas instalaciones había permeado a todos los responsables y una semana antes de la polémica sobre el apercibimiento de Bravo, la Diputación estaba dando los primeros pasos. En el pleno se había aprobado una moción para incoar el expediente de expropiación de los terrenos alrededor de la Inclusa, para completar la parcela, y para que construyera allí la nueva Inclusa⁵³⁷, en la calle dr. Esquerdo 68, de modo que se completaría la manzana limitada por paseo de Ronda, O'Donnell, dr. Castelo y Máiquez⁵³⁸.

Días después, se empezaron a concretar los detalles, anunciando el cambio de denominación de la institución para “eliminar el nombre y la secular organización, como se ha hecho desaparecer el hospicio, sustituyéndole por el de Colegio de San Fernando, y así se logrará redimir al inocente niño del estigma de inclusero y hospiciano, consiguiéndose además que la madre, y en ocasiones también el padre, no abandonen al hijo”⁵³⁹.

En este momento dos proyectos complementarios de construcción y traslado empezaron a gestarse y mezclarse en las discusiones. Por un lado, se debían trasladar las instalaciones de Inclusa y Colegio de la Paz que aún quedaban en la calle Embajadores, (fundamentalmente el torno y el Colegio de la Paz) y, por otro, se debía construir ex-novo una nueva Inclusa, también en los terrenos aledaños al Asilo.

⁵³¹ “Esta mañana visitó la Inclusa en ministro de la Gobernación”, *El Heraldo de Madrid*, 11 de marzo de 1927, pág.1; Visita de las autoridades”, *La Voz*, 11 de marzo de 1927, pág.3.

⁵³² “La comisión de diputados provinciales nombrada para emitir dictamen sobre la cuestión de la Inclusa lo ha hecho ya”, *El Heraldo de Madrid*, 7 de abril de 1927, pág.1. Reproducido íntegramente en “La mortalidad en la Inclusa. Dictamen de la Comisión nombrada para investigar responsabilidades”, *La Voz*, 7 de abril de 1927, pág.8; “Contra la diputación, no; contra la Inclusa, sí”, *El Heraldo de Madrid*, 8 de abril de 1927, pág.1.

⁵³³ “Contra la diputación, no; contra la Inclusa, sí”, *El Heraldo de Madrid*, 8 de abril de 1927, pág.1.

⁵³⁴ “Apostillas. La Inclusa de Madrid”, *La Voz*, 8 de abril de 1927, pág.8

⁵³⁵ “Diputación Provincial”, *La Voz*, 17 de octubre de 1927, pág.12.

⁵³⁶ “Vamos a conseguir la desaparición de la Inclusa”, *El Heraldo de Madrid*, 12 de mayo de 1927, pág.1.

⁵³⁷ “Diputación Provincial”, *El Heraldo de Madrid*, 30 de marzo de 1927, pág.2

⁵³⁸ “Diputación Provincial”, *La Voz*, 30 de marzo de 1927, pág.23.

⁵³⁹ “La liga nacional de protección del niño y la maternidad”, *La Época*, 11 de mayo de 1927, pág.4.

Dado el “estado ruinoso” del caserón de Embajadores y la imperiosa necesidad del traslado de los asilados conservados allí, se llevó a cabo un paso intermedio de ampliación y renovación del asilo de San José para alojar provisionalmente a los asilados hasta que pudiera construirse el nuevo edificio. En la reunión de la Diputación Provincial del día 18 de abril se aprobó un proyecto de construcción de pabellones para trasladar los “recogidos en el colegio de la Paz, procedentes de la Inclusa”, para trasladar todo lo que quedara allí. Las obras debían empezar ese verano⁵⁴⁰.

En octubre, los proyectos de cambio prosperaban. Por un lado, las obras de renovación del Asilo de San José para la instalación del Colegio de la Paz estaban ya bastante avanzadas⁵⁴¹. Por otro lado, la Diputación había iniciado ya su segundo proyecto. Se habían recibido los planos preliminares del nuevo edificio que se tenía proyectado construir en el solar del Asilo de San José, que se convertiría en la nueva Inclusa que se llamaría Instituto Provincial de Puericultura, diseñado por los arquitectos Francisco Fort y Baltasar Hernández Briz. Los médicos Bravo Frías y Alonso Muñoyerro estuvieron perfectamente conformes con su diseño⁵⁴².

Los planes de la Diputación, una vez finalmente en el camino, fueron imparables. El cambio de nombre quiso anticipar el cambio de régimen de la institución, reflejo de las nuevas medidas que se estaban tomando, así que en una reunión del 5 de noviembre de 1927 se acordó, a propuesta de Alonso Orduña, que se buscaran los medios legales para cambiar el nombre de Inclusa a Instituto Provincial de Puericultura⁵⁴³. Las funciones de la Inclusa se ampliaron explícitamente para recoger los usos asistenciales que ya se habían estado realizando así como otros que se implementaron a partir de este momento: asilo de madres lactantes, casa cuna, consultas de medicina y cirugía infantil, y otros servicios análogos⁵⁴⁴.

Las obras de reforma del Asilo de San José se finalizaron en octubre. Al edificio original de San José se le habían añadido otros tres, alrededor del patio, que albergarían al Colegio de San José y de la Paz⁵⁴⁵. Y en diciembre se llevó a cabo el traslado oficial, con la imagen de la Virgen de la Paz llevado en procesión⁵⁴⁶. El antiguo edificio de Embajadores, desde entonces, fue arrendado por la Diputación al Ministerio de Trabajo que se propuso destinarlo a Escuela de Orientación Profesional⁵⁴⁷.

Mientras tanto, el proyecto del nuevo Instituto Provincial de Puericultura, siguió adelante⁵⁴⁸. Tras la entrega de planos a principios de 1928⁵⁴⁹, entre abril y junio se

⁵⁴⁰ “El diputado Sr. Alonso Orduña propone a la Diputación el abandono total del viejo caserón de la calle Embajadores”, *El Heraldo de Madrid*, 18 de mayo de 1927, pág.1; “Vamos a conseguir la desaparición de la Inclusa”, *El Heraldo de Madrid*, 12 de mayo de 1927, pág.1; “El diputado Sr. Alonso Orduña propone a la Diputación el abandono total del viejo caserón de la calle Embajadores”, *El Heraldo*, 18 de mayo de 1927, pág.1

⁵⁴¹ “Diputación Provincial”, *El Siglo Futuro*, 7 de octubre de 1927, pág.3.

⁵⁴² “Diputación Provincial”, *La Voz*, 26 de enero de 1928, pág.6.

⁵⁴³ “Diputación Provincial”, *La Época*, 5 de noviembre de 1927, pág.3.

⁵⁴⁴ “Otros asuntos”, *La Voz*, 5 de noviembre de 1927, pág.8.

⁵⁴⁵ “Diputación Provincial”, *El Sol*, 27 de octubre de 1928, pág.2; y “El traslado de la antigua Inclusa”, *El Siglo Futuro*, 1 de diciembre de 1928, pág.3.

⁵⁴⁶ “Se desaloja la Inclusa”, *La Época*, 28 de noviembre de 1928, pág.6.

⁵⁴⁷ “Diputación Provincial”, *La Voz*, 28 de diciembre de 1928, pág.8.

⁵⁴⁸ “Diputación Provincial”, *El Sol*, 26 de febrero de 1928, pág.4.

⁵⁴⁹ “Diputación Provincial”, *La Voz*, 26 de enero de 1928, pág.6; y “La nueva Inclusa se llamará Instituto Provincial de Puericultura”, *El Imparcial*, 27 de enero de 1928, pág.6

ultimaron las gestiones de compra de terrenos y subastas.⁵⁵⁰ El edificio se iba a elevar junto al Asilo de San José y podría albergar a 700 niños.

Tras un año de obras en el Asilo de San José y de preparativo para el nuevo Instituto Provincial de Puericultura, el 10 de enero de 1929 se llevó a cabo una celebración conjunta de los dos proyectos de la Diputación. Por un lado se inauguró de forma oficial el Colegio de la Paz en su nuevo emplazamiento en la calle dr. Esquerdo. En ese momento, estaban también alojados los niños de la Inclusa pero, una vez construido el Instituto de Puericultura, dejarían los edificios para uso exclusivo del Colegio. Por otro lado, el Rey Alfonso XIII puso la primera piedra para la construcción del Instituto Provincial de Puericultura.

4.2.4.2. La gestación del Instituto Provincial de Puericultura.

La Inclusa –llamado ya Instituto Provincial de Puericultura- se mantuvo en el edificio del Colegio de la Paz durante los más de dos años que las obras para la construcción del nuevo edificio se prolongaron. Pero en este contexto, los cambios más radicales ya empezaron a desarrollarse. En primer lugar, cambió definitivamente el sistema de admisión de los expósitos. Aunque algunos periódicos, como *La Voz*, se hicieron eco del fin de una era debido al cierre del torno de la Calle de Embajadores y el inicio del funcionamiento de la oficina, este paso no supuso un cambio tan importante.

El cartel “Abandonado de mis padres la caridad me recoge” era sustituido por “Oficina receptora. Inclusa. Por aquí se entrega a los niños” pero el torno como instrumento tradicional del abandono había desaparecido ya en 1918. En lugar de la entrega en el zaguán a través de una discreta ventana de la Inclusa vigilada por un guarda, a partir de este momento, el abandono implicaba entrar en una oficina y entregar el niño a una hermana de la Caridad, que anotaba todos los datos que querían dejar. El anonimato seguía estando garantizado para los que abandonaban ya que la hermana al cargo no podía preguntar nada. Todos los servicios de Inclusa y Colegio de la Paz quedaban instalados definitivamente en la calle O’Donnel⁵⁵¹.

Simultáneamente a la construcción del nuevo edificio para el Instituto Provincial de Puericultura, se empezó a considerar un proyecto que recogía una necesidad que había estado en las reclamaciones de los sectores médicos desde hacía décadas: la construcción de una nueva Casa de Maternidad.

La denuncia de la inadecuada situación de la Casa de Maternidad venía de antiguo y los esfuerzos para hacer algo al respecto. A raíz de la crítica de Hauser de la Casa de Maternidad de Mesón de Paredes, se puso en marcha un proceso que acabaría con la inauguración de una nueva institución, la Casa de Salud Santa Cristina, pero desde su origen no se pensó en ella como un sustituto sino como una institución adicional, ya que la ciudad no dejaba de crecer y la oferta benéfica tenía que mantenerse a la altura. Durante todo el siglo XX, por otro lado, la propia Casa de Maternidad

⁵⁵⁰ “Los padres de la provincial”, *La Voz*, 12 de abril de 1928, pág.8; “Los padres de la provincia”, *La Voz*, 14 de mayo de 1928, pág.12; y “Los padres de la provincia”, *La Voz*, 16 de junio de 1928, pág.16.

⁵⁵¹ “Los niños abandonados que recoge la caridad oficial. El viejo torno de la Inclusa dejó de funcionar ayer”, *La Voz*, 19 de enero de 1929, pág.3.

experimentó numerosas reformas, aprovechándose desarrollos como la mudanza parcial de la Inclusa en 1918, que permitió ampliar sus instalaciones.

La necesidad de un edificio ex-novo, para poder atender adecuadamente las necesidades de las parturientas, siguió necesariamente a las reclamaciones que se habían hecho sobre la Inclusa por lo que se incorporó a la agenda de construcción. En enero de 1929 la Diputación obtuvo el proyecto de una nueva Casa de Maternidad del arquitecto Bellido y en agosto finalizó los trámites para adquirir la última parcela que hacía falta para completar los solares necesarios: la esquina de las calles O'Donnell y Máiquez⁵⁵².

Se pretendía crear un complejo asistencial compuesto de Casa de Maternidad, Instituto de Puericultura y Colegio de la Paz para atender todas las facetas de la infancia e implicaba un gran complejo de 32.000 m², con espacio para las tres instituciones. Por un lado, un espacio de 10.000 m² para el proyecto de la Casa de Maternidad al final de la calle O'Donnell y siguiendo la calle Máiquez. Por otro lado, los 12.000 ocupados por los cuatro pabellones del Colegio de la Paz, que habían completado el Asilo de San José, y que tenía la entrada al Paseo de Ronda/Calle dr. Esquerdo. Y, finalmente, el propio Instituto Provincial de Puericultura que ocuparía 10.000 metros cuadrados y que constaba de tres pabellones. El primero de ellos tenía fachada a la calle O'Donnell y era un edificio de 5 plantas. Sirvió para la recepción y asilo de los niños entregados, que se conservarían allí hasta los 11 meses aunque también albergaría a las nodrizas y madres lactantes. El segundo, de tres plantas, se construyó a la espalda y era para los niños ya destetados, con todo tipo de instalaciones para cuidarlos. Finalmente, el tercero estuvo ocupado por una enfermería⁵⁵³.

Dada la pluralidad de funciones y necesidades de las distintas instituciones en la protección de la infancia, la dirección de Inclusa y Casa de Maternidad, que había sido conjunta hasta el momento, fue dividida en mayo de 1929, para facilitar la gestión de ambas. No obstante, esta última parte del proyecto (la casa de maternidad) se frustró poco después, interrumpiéndose en 1931 por falta de fondos⁵⁵⁴. El proyecto no se volvió a poner en marcha hasta 1934 y no se terminó hasta 1956.

Durante los años de la construcción del nuevo edificio de Instituto Provincial de Puericultura sólo un acontecimiento vino a romper la visión positiva de los grandes logros de la Diputación en el tema de la Inclusa. Esta vez partió exclusivamente de la prensa. Ante el adelanto de las cifras de la mortalidad de la ciudad referidas a enero de 1930, *la Voz* reseñaba que 53 defunciones de las 194 ocurridas en el distrito de Congreso pertenecían a la Inclusa, iniciando una nueva denuncia pública de la mortalidad de la Inclusa⁵⁵⁵. La respuesta de la institución no se hizo esperar y, por primera vez, Diputación, directiva y cuadro médico ofrecieron la misma respuesta en sucesivas intervenciones: no había razón de alarma.

El director, Conrado Moro Lozano, explicaba que la mortalidad no pertenecía a niños recién entregados, de los que sólo habían muerto 10, sino que era de niños de

⁵⁵² “Informaciones de la Diputación Provincial”, *ABC*, 28 de agosto de 1929, pág.24.

⁵⁵³ “El Instituto de Puericultura”, *ABC*, 22 de marzo de 1930, pág.20; y TERCERO,M. “Los niños abandonados. La caridad los recoge”, *ABC*, 15 de junio de 1930, pág.15.

⁵⁵⁴ “El proyecto sobre la Casa de maternidad”, *ABC*, 28 de febrero de 1931, pág.36

⁵⁵⁵ “¿Qué pasa en la Inclusa?”, *La Voz*, 18 de febrero de 1930, pág.8

diferentes edades y condiciones en la institución⁵⁵⁶; Salcedo Bermejillo, el presidente de la Diputación, consideraba la cifra de 53 defunciones normal comparada con la de otros años porque enero era uno de los meses con mayor mortalidad;⁵⁵⁷ y Muñozerro insistía en que la mortalidad era normal para un Inclusa y que, pese a las mejoras, hasta que no estuvieran los nuevos edificios con personal e infraestructuras adecuadas, el cuadro médico no podía hacer nada más⁵⁵⁸.

Durante el año 1931 finalizaron la mayor parte de las obras del Instituto de Puericultura y empezaron a utilizarse diversas secciones. Aún algunos servicios y dotaciones no estaban presentes pero, en general, paulatinamente el edificio empezó a usarse⁵⁵⁹. Su inauguración, no obstante, tuvo que esperar casi dos años. El 23 de octubre de 1933 el presidente de la República, Aniceto Alcalá Zamora realizó la inauguración del Instituto de Puericultura⁵⁶⁰. El edificio tenía capacidad para 1.014 niños, 122 amas de cría, 47 hermanas de la Caridad, además de incluir habitaciones para médicos, consultas, salas de enfermería y demás estancias⁵⁶¹. Además, se habían creado dos secciones adicionales: Casa-cuna para niños huérfanos, cuya admisión debía solicitarse a través de la Diputación Provincial y el asilo de madres lactantes⁵⁶². Triunfó finalmente la visión asistencial y se incorporaron las reclamaciones que llevaban décadas enunciándose.

Desde 1931 hasta el comienzo de la guerra civil se fueron introduciendo nuevas modificaciones para mejorar la institución aún más pero no se redujo completamente la mortalidad. Según Muñozerro se había producido el “aumento de enfermeras, boxes, laboratorios, rayos X, instalación de la gota de leche, incubadoras, pero todavía la infección, los trastornos nutritivos, la debilidad congénita, las neumonías y la sífilis hacen de las suyas”⁵⁶³. Durante ese periodo, numerosos artículos y reportajes fotográficos recorrieron las nuevas instalaciones inmortalizando las blancas paredes, la limpieza, las dedicadas Hermanas de la Caridad, los sonrientes pequeños, etc., ofreciendo imágenes casi bucólicas de la Inclusa.

El 18 de julio de 1936 se iniciaba el alzamiento de los militares contra la República y poco después Muñozerro era destituido y el dr. Jaso quedó como médico jefe. Durante los años de la guerra, estudiados por García Sánchez⁵⁶⁴, las penurias de la institución en una ciudad sitiada elevaron la mortalidad y provocaron el traslado de muchos de los niños a Valencia.

⁵⁵⁶ “Qué pasa en la Inclusa? Las defunciones de niños y la consiguiente alarma”, *El Heraldo de Madrid*, 19 de febrero de 1930, pág.1.

⁵⁵⁷ “La mortalidad en la Inclusa”, *La Voz*, 20 de febrero de 1930, pág.2.

⁵⁵⁸ Recio, M. “Una charla con el doctor Muñozerro”, *La Voz*, 20 de febrero de 1930, pág.4.

⁵⁵⁹ ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas en España. La realidad de la transformación de la de Madrid*, Anuncio Oficial”, *La Luz*, 26 de noviembre de 1932, pág.7.

⁵⁶⁰ SILVEIRA ARMESTO, S., “En la Inclusa: la pura alegría y el dulce vivir de unos cientos de chiquitines –hijos de nadie y de todos- de almas abiertas a infinitos horizontes”, *ABC*, 24 de octubre de 1933, en ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, págs.475-478.

⁵⁶¹ “Fue inaugurado ayer por el presidente de la República”, *La Época*, 24 de octubre de 1933, pág.3.

⁵⁶² GUERRERO, S., “Una visita al Instituto Provincial de Puericultura”, *Cultura*, 15 de enero de 1934, pág.21-27.

⁵⁶³ ALONSO MUÑOYERRO, J. A.: “Hospitalización del niño abandonado”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, Madrid, 1960, pág.8.

⁵⁶⁴ GARCÍA SÁNCHEZ, M. I.: “La Inclusa de Madrid durante la guerra civil (1936-1939)”, en *Trabajo de Fin de Máster defendido en el Departamento de Historia contemporánea*, 1994.

RESUMEN CAPÍTULO 4

El objetivo de este capítulo ha sido describir la evolución de la Inclusa y la Casa de Maternidad, destacando los hechos fundamentales que marcaron su desarrollo. Además, se han tratado de apuntar las características fundamentales que nos permiten entender la dinámica en la que estaba inmersa durante el primer tercio del siglo XX.

La sección 4.1 ha estudiado la evolución de las instituciones hasta finales del siglo XIX, momento en el que se inicia nuestro periodo. Aunque las transformaciones más importantes tuvieron lugar en la década de 1920, algunas características de la Inclusa a principios de siglo habían adquirido su forma o función definitiva en la mitad del siglo anterior. Otras habían sido intrínsecas al funcionamiento desde el principio.

La Inclusa fue fundada en 1572 por la Cofradía de Nuestra Señora de la Soledad y las Angustias en el Convento de la Victoria en Madrid con el objetivo de cuidar niños abandonados. Distintos autores han abordado su evolución durante los siglos XVI al XVIII, en los que se caracterizó por su mala organización y elevada mortalidad. Esta situación sólo fue parcialmente solventada con la concesión de su gobierno a la Junta de Damas de Honor y Mérito (1799), formada por mujeres de las clases altas madrileñas, que dependía de la Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País, una de las instituciones para promover el desarrollo surgidas en el siglo XVIII. Sus primeras acciones fueron trasladar la Inclusa a un edificio en mejores condiciones en la calle Embajadores en 1807 (tras una mudanza intermedia); incorporar a las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl a la institución para el cuidado de los expósitos (siguiendo su incorporación a otras instituciones sanitarias y de beneficencia); y obtener del Rey la exención de la pérdida de la patria potestad para los padres que abandonaban niños por extrema miseria (como ocurría según implicaba la cédula real de 1796).

Por desavenencias con la Junta Provincial (entonces al cargo de la Inclusa), la Junta de Damas fue alejada del gobierno de la institución entre 1840 y 1849, momento en el que se reglamentó formalmente la institución. Se redactaron una reglas (1848) que posteriormente fueron sustituidas por un reglamento formal (1849), dado que hasta entonces sólo existían disposiciones sueltas. La situación sanitaria de la institución empeoró hasta tal punto en ese periodo que propició la vuelta de la Junta de Damas. Su retorno estuvo auspiciado por la Ley de Beneficencia de 1849 que aconsejaba la dirección de Inclusas juntas de señoras. Esa ley (como la anterior de 1822) y su reglamento (en 1852) recomendaban la creación de maternidades para complementar el anonimato en el abandono, previniendo el infanticidio. En Madrid, tras un primer proyecto frustrado en 1853, la Junta de Damas realizó una instalación provisional en 1859. Finalmente se inauguró un edificio creado con ese propósito en 1863.

Dada la tutela de la Junta de Damas sobre tres instituciones, la Inclusa, Maternidad y Colegio de la Paz (donde iban las expósitas tras abandonar la Inclusa), se realizaron unos nuevos reglamentos conjuntos en 1877 que integraron finalmente todos los objetivos (confirmados en 1888). Sin cambiar esencialmente el funcionamiento, estos reglamentos alteraron un aspecto principal de la relación entre Inclusa y Maternidad. La función de la Maternidad se amplió, levantando la restricción a las mujeres solteras, pero conservando la costumbre de ingresar automáticamente en la Inclusa todos los niños tras el parto. Así, un uso exclusivamente médico de la

Maternidad, muy reducido al principio, quedó mezclado con los abandonos. La gestión infantil se mantuvo intacta (gráfico 4.1): los niños eran registrados en el momento del abandono; se les asignaba un número; una nodriza interna los lactaba (si estaban enfermos recibían alimentación artificial) y se los conservaba hasta su envío al campo con una nodriza externa que los cuidaba hasta que tenían 5 ó 7 años. Durante su asilo bajo la Inclusa, podían ser recuperados, prohijados por sus nodrizas e incluso adoptados. Tras ese periodo, se devolvían y transferían a otras instituciones de beneficencia.

En la sección 4.2 hemos descrito las transformaciones específicas y momentos de cambio que alteraron los rasgos tradicionales de la institución durante nuestro periodo de estudio. Algunos de los cambios se realizaron por iniciativas de los médicos o la Junta al cargo. Sin embargo, los más importantes tuvieron lugar a partir de las crisis mediáticas provocadas por la denuncia de la mortalidad institucional. La primera de esas crisis ocurrió entre 1898 y 1899. El diputado visitador de la Inclusa denunció a la prensa la elevada mortalidad de la Inclusa relacionada con el impago de las nodrizas externas (a las que se debía 28 mensualidades en noviembre de 1898). Tanto la ausencia de nodrizas como el impago se solucionaron eventualmente pero el hecho de que la mortalidad era muy elevada fue descartado por la intervención del médico-jefe, dr. González Álvarez. Éste rechazó su veracidad mostrando estadísticas sesgadas y declarando su convicción de que la mortalidad expósita era causada por los antecedentes de salud con los que ingresaban y no por el tratamiento institucional

Así, durante su gobierno, extendido durante más de 25 años, casi nada cambió. Sin embargo, con la llegada de su sucesor, el dr. Hernández Briz, hubo algunos cambios. El problema de sobre-registro de admisiones (por el uso médico) desapareció con el fin de la política de transmisión directa: se esperaba al menos una semana antes de enviar los niños a la Inclusa (1917). No obstante, los cambios centrales de orientación ocurrieron a partir de las dos crisis mediáticas siguientes: 1918 y 1927. En 1918, liderado por dos médicos jóvenes recientemente encargados del servicio de la Inclusa (dr. Bravo y dr. Alonso), el Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial denunció la elevada mortalidad de la Inclusa. Ascendía al 50% y estaba fundamentalmente causada por la mortalidad de los niños lactando artificialmente (cuya mortalidad era virtualmente del 100%). Esta polémica tuvo grandes consecuencias: traslado de la institución parcial a la delegación de la Inclusa en el Asilo de San José, abierta en 1906 en un local mucho mejor acondicionado; cierre temporal del torno; y mejoras en las instalaciones. Esta acción interrumpió la carrera de estos médicos, que fueron expedientados y no retornaron al servicio a la Inclusa hasta 1923. Desde ese momento, retomaron la lucha, tratando de mejorar la situación de los expósitos.

En 1927, pese a los avances, la mortalidad seguía siendo bastante elevada y los doctores encabezaron un segundo movimiento. En este caso, se obtuvieron mayores logros: cierre definitivo del torno; traslado total a San José; acondicionamiento temporal de nuevas instalaciones; construcción ex novo de nuevas instalaciones con todas las novedades necesarias; cambios en la legislación, como la obligación a las madres que dieran a luz en la Maternidad de lactar a sus hijos en la Inclusa durante dos meses para solucionar los problemas de lactancia de los recién nacidos, etc. A estas medidas les acompañó incluso un cambio de nombre que pretendía recoger la nueva orientación como un asilo materno: Instituto Provincial de Puericultura. Las nuevas instalaciones empezaron a usarse en 1931 pero su inauguración oficial fue 1933.

Así, la institución experimentó una transformación desde prácticas y reglamentos propios del siglo XVIII a ideas del siglo XX. Al principio, se favorecía el abandono para evitar el infanticidio; la separación de madre era la conducta moral; y la mortalidad de expósitos era inevitable pero provocada por los padres sifilíticos, tuberculosos y alcohólicos. Después, la institución trató de convertirse en un “asilo maternal” para asistir a las mujeres solteras durante los difíciles momentos del embarazo y el parto; desanimaba el abandono; les ayudaba a cumplir su función maternal; y la idea predominante era que los niños abandonados estaban sanos por lo que la institución debía proporcionarles posibilidades reales de supervivencia.

SUMMARY CHAPTER 4

The aim of this chapter has been to describe the evolution of the FHM and the Maternity Hospital (MH), underlining the main facts that became landmarks in its development. Also, we have tried to outline the main characteristics that help us understand the dynamics these institutions underwent during the first third of the 20th century.

Section 4.1 has been devoted to study the evolution of both institutions until the end of the 19th century, the moment in which our period starts. Some of the FHM's characteristics had been acquired during the 19th century, but the most important changes would not take place until the first decades of the 20th century. Other features were built-in from its foundation.

The FHM was founded in 1572 by the Brotherhood of Our Lady of Loneliness and Distress (*Cofradía de Nuestra Señora de la Soledad y las Angustias*) in the Victoria Convent in Madrid with the aim of caring for abandoned children. Different authors have addressed its evolution from the 16th to the 18th century, characterized by a generally deficient organization and an extreme mortality. This situation was partially solved by the award of its governance to the Board of Honour and Merit Ladies (1799), which was comprised of Madrilenian noblewomen. This institution depended from the Royal Madritense Economic Society of the Country's Friend (*Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País*), one of the local societies aimed at stimulating social and economic development that appeared in the 18th century. Its first actions were moving the FHM to a building in better conditions in Embajadores Street (after an intermediate removal); incorporating the Sisters of the Charity of Saint Vincent of Paul to the institution to take charge of the care of foundlings; and obtaining from the King a dispensation of loss of parental authority for those parents that abandoned children because of extreme poverty (as was regulated in the 1796 Royal Charter).

Disagreements with the Provincial Council (*Junta Provincial*), then in charge of the institution, led to the separation of the Board of Ladies from the government of the institution in the period 1840-1849. In that time, the first rules for the institution were written (1848) to be later substituted for formal regulations (1849) as, up to that moment, there were only scattered provisions for functioning. By 1849 the health situation had worsened so much that it triggered the return of the Board of Ladies, decreed by the Welfare law of that year. This law (as the previous one in 1822) and its regulation (1852) recommended the construction of a maternity hospitals as an additional measure to facilitate anonymous abandonment and prevent infanticide. In the case of Madrid, a provisional aternity hospital was installed in the FHM' building in 1853, promoted by the Board of Ladies. A new building was finally inaugurated for that purpose in 1863.

The guardianship by the Board of Ladies over the three institutions, the FHM, the MH and the Hospice of Our Lady of the Peace (where female foundlings were sent after leaving the FHM), led to the dictation of a new joint set of regulations in 1877, and again in 1888. These regulations, not changing essentially its secular functioning, did alter an essential feature of the relationship between the FHM and the MH: the restriction over single women being admitted to the MH was waived, but the tradition of

admitting all newborns automatically after birth in the institution remained. In that way a mainly medical use of the Maternity Hospital, very limited at first and mainly by married mothers, was mixed in the registration with real abandonments. Child management remained the same (graph 4.1): children information was recorded at the moment of abandonment; a number was assigned to each child (inscribed on a piece of lead hung around its neck); an internal wet-nurse breastfed them (if there were enough of them and the sick did not look sick, in which case they were bottle-fed); and they remained in the institution for several days until they were placed in the countryside with an external wet-nurse that took care of them until they were 5 or 7. During their stay under the guardianship of the FHM, they could be retrieved by parents, fostered or adopted by their wet nurses. After that period, they were returned to the FHM and transferred to other charity institutions.

In section 4.2 we have described the main changes and key moments that altered definitively the traditional features of the institution during our period of study. Some of the changes were brought about by medical staff or following the Board's initiative. However, the main ones would occur after some of the scandals produced by the public denunciation in the press of the institution's history of mortality.

The first event occurred in 1898, when a visiting representative of the Provincial Board denounced to the press the extreme mortality, supposedly related to the outstanding debt to the external wet nurses (wages for 28 months). Debt and wet nurse scarcity were solved eventually and the fact that the mortality was extreme was discarded after statements by the institution's head doctor, Dr. González Álvarez. This physician rejected the truth of the allegations showing biased statistics and his belief that foundling mortality was due to the poor health of the children admitted and that institutional treatment had no role in it. Actually, during his time as the head of the institution, extending over more than 25 years, almost nothing changed, and neither during the time of his successor, Dr. Hernández Briz. The only exception here was the disappearance of the over-registration problem (produced by the medical use of the MH) with the end of the direct transmission policy: there was at least a week between birth in the Maternity Hospital and admission to the FHM (1917).

The major changes would occur after yet another two media crisis, in 1918 and 1927. In 1918, the Provincial Welfare Provision Medical Board, led by two young physicians recently admitted to the FHM's service, Dr. Bravo and Dr. Alonso, denounced the FHM's extreme mortality, which reached 50% and the lead cause being the mortality experienced by the children artificially fed (virtually 100% mortality). In spite of the controversy over the subject, there were major consequences: the partial removal from the installations to the Asilo de San José, the branch of the institution, which had opened in 1906 in a much better location and was far better equipped; the temporary closure of the wheel; and general improvements in the old premises. The young doctors' careers were interrupted, as they could not return to active service in the FHM until 1923, when they set about bettering the situation of foundlings. By 1927, in spite of improvements, mortality was still high and the doctors started a second campaign.

In this case, the achievements were more definite: definitive closure of the wheel; total removal to San José; temporary refurbishment of the new premises; ex-novo construction of a whole new complex; and regulation changes. One of those was

requiring mothers giving birth in the Maternity Hospital to breastfeed their children during the first two months of life, thus helping to solve newborns' feeding problems. These measures were also accompanied by a change of name that attempted to show the new direction the institution wanted to follow, as a maternal asylum: Provincial Institute of Childcare (*Instituto Provincial de Puericultura*). The new premises started to be used in 1931 but the official opening was delayed until 1933, already in the Republican period.

Thus, the institution experienced dramatic changes from customs and regulations typical of the 18th century to 20th century ideas. At first, abandonment had been favoured to prevent infanticide; the moral imperative was to separate mother and illegitimate child, and foundling mortality was unavoidable as provoked by syphilitic, tubercular and alcoholic parents. Later on, the institution wanted to become of maternal asylum to aid single mothers with the difficulties of pregnancy and delivery; it discouraged abandonment; it helped mothers to fulfil their maternal function; and the leading opinion was that abandoned children were healthy, so the institution had to provide them with real chances of survival.

CAPÍTULO 5. LOS USOS DE LA INCLUSA, LOS EXPÓSITOS Y SUS FAMILIAS

Distintos acontecimientos en el discurso médico e ideológico, en la política asistencial, en el devenir histórico y en la evolución demográfica de la ciudad de Madrid afectaron profundamente el desarrollo de la Inclusa de Madrid. Este recorrido hace que sea muy importante conocer las características de la población admitida ya que su composición puede revelar claves de cómo las clases populares madrileñas o residentes en Madrid se acercaban a la institución.

Así, este capítulo se ha dedicado a examinar lo que se ha denominado la “demografía de los expósitos” a la luz de esta evolución. Aunque algunos autores sostengan que no hay nada nuevo que decir sobre este tema ya que muchas monografías han trazado las pautas principales de los colectivos de niños institucionalizados, creemos que es importante abordar este esfuerzo con nuevas herramientas conceptuales, y fuentes de gran riqueza. Por un lado, es importante dejar de asumir que la heterogeneidad de la experiencia expósita se resuelve en la dicotomía ilegítimo-legítimo. Es necesario incorporar nuestro conocimiento del funcionamiento de la institución al análisis y abordar la evidencia empírica desde perspectivas teóricas que nos permitan dar sentido a la realidad y explorar las distintas fuentes de heterogeneidad. Por otro, es importante poder utilizar una fuente que ofrezca rica y variada información sobre todos los niños y sus familias. Tradicionalmente, la única información familiar explotada ha sido la de los expedientes de naturalizaciones, legitimaciones y recuperaciones ilustrando sólo un determinado tipo de historias del abandono. Por tanto, la posibilidad de ilustrar tendencias y características de toda la población abandonada supone un paso adelante en la correcta comprensión del abandono infantil.

5.1. EL RECURSO A LA INCLUSA: DISCURSO Y REALIDAD

Los médicos al cargo de la Inclusa tenían una visión particular del abandono infantil y la mortalidad, mediatizada por su propia ideología. Así, la imagen de los expósitos y de las causas que los llevaban a ser abandonados no tenía por qué coincidir necesariamente con las causas reales y las características de la población asilada. De hecho, existían formas de recurso ajenas al abandono que apenas fueron reconocidas por los médicos al cargo, lo que sugiere que atendiendo exclusivamente a su discurso, podríamos perder algunas partes de la realidad. Por tanto, en este primer epígrafe, hemos abordado las causas generales del abandono o del recurso a la Inclusa.

5.1.1. LAS CAUSAS DE ABANDONO: DISCURSO Y REALIDAD

El discurso sobre las causas de abandono fue lógicamente contingente a la consideración del expósito y su valor. Durante el siglo XVIII, socialmente, los términos expósito e ilegítimo eran equivalentes y sólo después de la legislación de Carlos IV mejoró su situación legal, aunque no social. Se abandonaban por ser deshechos de la sociedad y tanto ser *bastardo* como el expósito implicaban un estigma que los acompañaría a lo largo de sus vidas. En ese momento, el discurso ilustrado sólo pretendía recuperar esa población para obtener ciudadanos útiles del Estado y la

religión⁵⁶⁵.

A mediados del siglo XIX, el rango de preocupación con respecto a los expósitos se extendió y los contemporáneos, abanderados por el discurso médico, empezaron a considerar fenómenos relacionados con la exposición que iban más allá de la mortalidad: la necesidad de la prevención del abandono y sus consecuencias. Se trataba de un cambio en la consideración del papel que debían desarrollar los médicos y los moralistas pero la imagen que se tenía de la población expósita y de las causas del abandono no había cambiado mucho: el grueso de los abandonos eran ilegítimos aunque se hablaba, en menor medida, de niños abandonados por la pobreza familiar⁵⁶⁶.

En 1895 el dr. González Álvarez comentaba tres tipos de abandonos en la Inclusa de Madrid: “las faltas por sobra de amor ilegítimo”, aquellos abandonados por la “imposibilidad de criar al hijo por consecuencia de la miseria” y, finalmente, “los inocentes hijos del vicio, cuyo generador hasta la misma madre desconoce”⁵⁶⁷. Tanto los facultativos como los moralistas y la prensa contemporánea popularizaron esta visión, de forma que podemos encontrar exaltadas descripciones como la del periodista J. Cintora en 1900:

En ella (la Inclusa) se arroja a un tierno niño apenas salido del seno de una prostituta, para quien es un estorbo; de una soltera que lo concibió a hurtadillas sin acordarse hasta que lo sintió latir en sus entrañas y lo vio nacer, de que sería un pregón de su deshonra; de una casa que lo engendró en amores adúlteros y dio a luz en ausencia del marido o de una pobre mujer para quien, por su estado de miseria, constituye una carga insoportable...⁵⁶⁸

Miseria, deshonra y vicio eran las tres causas del abandono aunque la asociación de los expósitos con el vicio y su representación como “desechos” o “heces de la sociedad” predominaron particularmente durante las dos primeras décadas del siglo. Fundamentalmente para el *establishment* médico, esta visión era utilitaria ya que permitía justificar el mantenimiento de la elevada mortalidad expósita. Si los expósitos eran hijos del vicio, hijos de padres alcohólicos, tuberculosos, sifilíticos, etc., nada podían hacer médicos o funcionarios públicos para prevenir esas muertes.

A medida que pasó el tiempo, las clasificaciones de las causas del abandono infantil trataron de delimitar en cierta medida la población verdaderamente “desechada” frente a otras posibilidades. En 1918, el doctor Maestre en el Senado repetía una clasificación muy similar a la de González Álvarez pero diferenciaba claramente al “hijo de la niebla, que es el que verdaderamente aporta los elementos de degeneración” frente al “hijo de la madre pobre y desvalida” y al “hijo del torno” (ilegítimo)⁵⁶⁹.

⁵⁶⁵ URIBE-ETXEBARRIA FLORES, A.: “Aproximación a la situación e las Inclusas en las primeras décadas del siglo XX” en DAVILA, P. y NAYA, L. M. (Ed.), *La infancia en la historia: espacios y representaciones*, Erein, Donosti, 2005, pág.2

⁵⁶⁶ Durante el periodo de la guerra civil en Madrid, 1812-1813 se ha documentado un importante uso temporal. PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, pag.71; y VIDAL GALACHE y VIDAL GALACHE: *Bordes y bastardos: una historia de la Inclusa de Madrid*, págs.96-97.

⁵⁶⁷ GONZÁLEZ ALVAREZ, B.: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, Carrión Hermanos, Impresores, Madrid, 1895, pág.10.

⁵⁶⁸ CINTORA, J., “Crónica de actualidad. ¡Pobres niños expósitos!” *El Motín*, 6 de enero de 1900, pág.1

⁵⁶⁹ Maestre, *Actas de la Sesión del Senado*, 21 de junio de 1918, pág.771.

Entre las inclusas nacionales, las explicaciones del abandono infantil no eran muy distintas. Entre los legítimos, junto a la enfermedad o defunción materna, la falta de leche y la miseria eran las razones más importantes variadas por la historiografía. Entre los ilegítimos, pobreza, prostitución, sífilis y falta de ayuda a las madres solteras eran las opciones señaladas⁵⁷⁰.

En Madrid, a partir de la campaña del Cuerpo Médico en 1918 el discurso del vicio y la degeneración en la institución madrileña dejó paso a una evaluación más realista y menos descalificativa del abandono. El comentario de la Memoria sobre las causas del abandono simplemente distinguía la existencia de casos de abandono por indiferencia de las madres de aquellos en los que se producía por necesidad⁵⁷¹. Pero, en el trabajo de Bravo y Alonso de 1923, su análisis del expósito y de las causas del abandono fue mucho más preciso. Por un lado, trataron de superar la imagen del expósito como niño agonizante de padres enfermos por el que la Beneficencia Pública no podía hacer nada. Y hablaron de niños en perfecto estado de salud y, por tanto, amplias posibilidades de supervivencia futura. Más adelante, incluso los denominarían “hijos del amor, herederos de padres sanos, jóvenes y fuertes”⁵⁷².

Por otro lado, al hablar de causas del abandono, distinguían distintos recursos a la institución, con características particulares en función de los distintos procedimientos de admisión por los que accedían los niños a la institución. Las diferentes circunstancias maternas determinaban, en cierta manera, la elección de éstos. Señalaban que los abandonos en Maternidad se realizaban en su mayor parte para poder dedicarse a otra ocupación (sobre todo, la lactancia mercenaria) y que el parto en secreto había dejado de ser una razón mayoritaria para ese tipo de recurso. La otra mitad de los expósitos, abandonados a través del torno (hablando de forma general de todas las demás posibles procedencias), entraban por tres razones: ilegitimidad, desentendimiento de la carga económica (crianza o económica) o miseria. Y, en este último caso, establecían claramente la temporalidad de este recurso al hablar de que

...la miseria que hace que abandonen padres legítimos a sus hijos, no en el sentido de perderlos para siempre, sino para procurarlos un abrigo que ellos estiman seguro y una alimentación que no pueden darles⁵⁷³.

Aunque en Madrid la miseria se había argumentado como una causa del abandono desde el siglo XVIII⁵⁷⁴, no había sido valorada como una de las razones principales durante el último cuarto del siglo XIX. Sólo a mediados del siglo XX se empezó a elaborar un discurso sobre la importancia de los abandonos temporales y el incremento de los abandonos legítimos.

⁵⁷⁰ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, págs.81-98.

⁵⁷¹ *La mortalidad de los niños de la Inclusa. Sus causas y sus remedios*, Est. Tipográfico El Bola, Madrid, 1918, pág.9

⁵⁷² BRAVO FRÍAS, J., “El doctor Bravo contesta a la Diputación”, *El Heraldo de Madrid*, 17 de febrero de 1927, pág.1.

⁵⁷³ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, pág.12.

⁵⁷⁴ SHERWOOD: *Poverty in eighteenth-century Spain: the women and children of the Inclusa*, págs.109-115.

La historiografía actual ha seguido la tendencia de médicos y directores de inclusas a usar el binomio miseria-ilegitimidad (en el que se mezclaban tanto los abandonos por miedo a la deshonra como por el “vicio”) en su acercamiento a las causas del abandono, tratando de distinguir la proporción de casos atribuibles a una u otra causa. Se han identificado los abandonos legítimos con un recurso provocado por la miseria mientras que los abandonos de niños ilegítimos se relacionaban con la necesidad de disponer del hijo nacido fuera del matrimonio. Así, distintos autores han utilizado el predominio de uno u otro tipo de abandonos para justificar la preeminencia de unas u otras causas en sus cronologías específicas: Álvarez Santaló enunciaba que la ilegitimidad era el cuerpo de la ola mientras los abandonos legítimos, provocados por fluctuaciones económicas y crisis asociadas representaban la cresta,⁵⁷⁵ pero otros autores defendían el predominio de la miseria como causa fundamental, que determinaba abandonos legítimos tanto como ilegítimos⁵⁷⁶.

Pese a que se deba reconocer una cierta asociación entre la filiación y determinados tipos de abandono, el hallar el mismo tipo de patrones cuantitativos no debe hacernos pensar en la necesaria existencia de los mismos patrones ya que existían distintos determinantes para los abandonos legítimos e ilegítimos⁵⁷⁷.

Adicionalmente, la asociación de los abandonos temporales exclusivamente con los abandonos legítimos implica causas e intencionalidades distintas en los abandonos pero la asignación exclusiva de esta distinta intencionalidad a las parejas casadas simplifica nuevamente la explicación.

Esta visión limita la interpretación ya que ilegitimidad y miseria no tenían por qué ser excluyentes aunque concluir que la sinergia de pobreza e ilegitimidad era responsable de todos los abandonos tampoco es suficiente. Es evidente que la legitimidad está en el centro del tipo de razones que llevaban a madres y familias a la institución y es evidente que la situación económica de la familia era clave en determinar el recurso específico de la Inclusa pero es importante encontrar maneras, al menos teóricas, de abordar la interrelación de causas. Proponemos tres ideas deben tenerse en cuenta para realizar un acercamiento más comprensivo:

En primer lugar, es importante dejar de hablar de abandono como si todos los abandonos fueran iguales. Es preciso hablar claramente de los abandonos con una intencionalidad temporal y con una intencionalidad definitiva (aunque identificar éstos en la realidad no sea posible) y de la existencia de diferencias, ya sugeridas por los médicos entre los abandonos en función de sus orígenes.

⁵⁷⁵ ÁLVAREZ SANTALÓ: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, pág.85. Aunque una afirmación similar para sus contextos se recoge en los trabajos de Torrubia para Granada, Eiras Roel para Santiago de Compostela o Teófanis Egido para Valladolid. DE LA FUENTE GALÁN, M. D. P.: *Marginación y pobreza en la Granada de la segunda mitad del siglo XVIII. Los niños expósitos*, Granada, 2000, pág.192; EIRAS ROEL, A.: “La Casa de expósitos del Real Hospital de Santiago del siglo XVIII” en *Boletín de la Universidad Compostelana* nº 75-76, 1967, págs.75-76; y EGIDO, T.: “Aportación al estudio de la Demografía española: los niños expósitos de Valladolid (siglos XVI-XVIII)”, *Actas de las I Jornadas de Metodología aplicada a las Ciencias Históricas*, Universidad de Santiago de Compostela, 1975.

⁵⁷⁶ CALLAHAM, W. J.: *La Santa y Real Hermandad del Refugio y Piedad en Madrid, 1618-1832*, Instituto de Estudios Madrileños, Madrid, 1980, SHERWOOD: *Poverty in eighteenth-century Spain: the women and children of the Inclusa*, págs.110-120.

⁵⁷⁷ KERTZER, D. I.: “Child Abandonment in European History: A Symposium” en *Journal of Family History* nº 17 (1), 1992, págs.13-19.

En segundo lugar, es importante dejar de identificar unas categorías con otras: legítimo con abandono en el momento de la necesidad, ilegítimo con abandono planeado con antelación; legítimos con abandonos temporales, ilegítimos con abandonos permanentes, etc. El problema de estas asociaciones es la interrelación entre ilegitimidad y la miseria. Por un lado, a pesar de la tendencia a encontrar asociaciones de edad u origen con filiación, esas relaciones no agotan el espacio de la explicación ya que muchas mujeres casadas abandonaban niños recién nacidos o acudían a la Maternidad. Por otro lado, si la ilegitimidad como razón del abandono abarcaba situaciones tan dispares como el miedo a la deshonra, el resultado del “vicio”, la incapacidad económica de hacer frente a la crianza de un niño por una mujer soltera, encontrar una proporción de abandonos relacionados con la ilegitimidad no nos informa de mucho.

La ilegitimidad de un nacimiento no es un criterio explicativo en sí mismo y es necesario buscar otros que nos permitan diferenciar las causas de una manera más ilustrativa. Puede ser interesante pensar en el abandono más como el fruto de una crisis, que podía ser de dos tipos distintos. Por un lado, podría deberse a una incompatibilidad moral del nacimiento ilegítimo con la vida de la madre, que haría necesaria la expulsión de ese niño del hogar en el que residía la madre. El clásico caso de la deshonra. Por otro lado, otros abandonos serían fruto de la incapacidad de la familia o madre de mantener su subsistencia,⁵⁷⁸ que podría implicar un número de situaciones, que afectaban tanto a niños legítimos como ilegítimos. En todos ellos, la filiación no tendría que ser necesariamente la causa sino ser un factor adicional coadyuvante. Las dificultades de compatibilizar maternidad y empleo femenino, la defunción o la enfermedad de la madre, la pérdida de empleo de uno o los dos progenitores, podrían ser factores que, al incrementar la vulnerabilidad de la madre o familia, serían responsables del abandono. Así considerados, la combinación de varios de estos factores que detraían las posibilidades económicas de la familia estarían entre las causas prioritarias del abandono.

Estas causas podrían complementarse con la conveniencia teórica para la madre o familia para la recuperación del niño y la consiguiente posibilidad real de que la crisis en cuestión fuera superada para la determinación del tipo específico de abandono: permanente o temporal.

Dada la escasez de información sobre las circunstancias familiares, desconocemos por completo el tipo de situaciones específicas que llevaban al abandono y, por tanto, no hemos podido obtener cifras de prevalencia de las causas del abandono más allá de las descripciones generales. No obstante, lo que hemos realizado en este primer epígrafe y, en cierta medida, a lo largo del resto del capítulo ha sido tratar de aportar evidencias parciales de recursos específicos de la Inclusa para obtener una idea global.

Para este análisis es importante recordar el nivel de selección que tenía la población de niños admitidos a la Inclusa al considerar causas y usos realizados por las clases populares. Por un lado, los abandonos suponen los casos extremos de necesidad donde posiblemente no había ningún otro recurso factible (independientemente de la

⁵⁷⁸ RANSEL: *Mothers in Misery. Child Abandonment in Russia*, pág.20.

causa desencadenante). Por otro lado, los niños cuyas historias de vida documentamos en la Inclusa no suponen todos aquellos cuyos padres quisieron abandonar, sino sólo aquellos que sobrevivieron al viaje. Pérez Moreda recoge varias estimaciones sobre esta mortalidad “en tránsito” que, para nuestro periodo ascienden al 33%⁵⁷⁹. Eso supondría que sólo estaríamos recogiendo un 66% de aquellos que fueron abandonados en pueblos y enviados a Madrid. En nuestro caso particular, dado que el número de niños procedentes del entorno rural fue relativamente reducido (comparada con otros lugares) y decreció durante el periodo, el sub-registro no es tan grande. En cualquier caso, conceptualmente debe ser tenido en cuenta.

5.1.2. TRAYECTORIAS, USOS Y ESTRATEGIAS

La discusión sobre las causas (factores de expulsión) enlaza con los las funciones (teóricas) de la institución y su grado de cumplimiento (usos o recursos). En otras situaciones, al menos teóricamente los abandonos “por miseria” y “por ilegitimidad” estaban individualizados en el registro. En Pamplona había una distinción clara entre las admisiones por pobreza y el resto aunque, en ocasiones, el torno también recibiera parte de niños admitidos por pobreza. Los niños legítimamente admitidos eran aceptados a través de instancias a la institución por situaciones de pobreza, lo que afectaba tanto a su registro en los libros de admisión como en su tratamiento y consideración⁵⁸⁰. En Barcelona la posibilidad de admisión legítima por vías oficiales existía e implicaba un registro diferencial pero no un tratamiento distinto. Recibían un plomo como el resto de los niños abandonados y sólo eran informados de su filiación al llegar a adultos, cuando pedían su certificado de nacimiento⁵⁸¹. Obviamente, la permisividad o control de este tipo de admisión, que varió según los periodos, provocó oscilaciones en estas instituciones en la entrada de niños a través de otros orígenes. Cuando se restringía el acceso de legítimos admitidos oficialmente, crecía su abandono a través del torno.

En la Inclusa de Madrid, a pesar de su función aparentemente benéfica, había una función asistencial implícita. Abandonos legítimos e ilegítimos estaban mezclados en el registro e, incluso, podemos ver otros tipos de recursos al observar los datos de admisiones. Para acercarnos a éstas, hemos analizado las trayectorias que experimentaban niños y madres en su relación con la institución, algunas de las cuales se han representado en el gráfico 5.1⁵⁸². Al comparar las distintas trayectorias-tipo para niños y madres, se pueden explicar sus similitudes y diferencias claramente, sugiriendo

⁵⁷⁹ Las estimaciones que baraja para la mortalidad en tránsito son de entre el 90% al 33% para todo el periodo de cubre. Ver PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, págs.120-124.

⁵⁸⁰ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.63.

⁵⁸¹ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.401.

⁵⁸² Este tipo de representación es una simplificación de la herramienta desarrollada por Torsten Hägerstrand, el prisma espacio-temporal o camino espacio-temporal, para ilustrar la dependencia de la acción individual del tiempo el espacio. Nuestro uso retoma este tipo de gráfico con intenciones descriptivas, por lo que no realizamos ninguna consideración sobre los modelos e hipótesis de la geografía temporal. Así, sólo se pretende la descripción de los distintos cambios de emplazamiento y las trayectorias de madres e hijos. HÄGERSTRAND, T.: “What about People in Regional Science?” comunicación presentada en el *European Congress of the Regional Science Association*, Copenhague, Dinamarca, 1969.

explicaciones de su naturaleza. La heterogeneidad de éstas se puede explicar a través de tres elementos la modalidad específica mediante la que se producía la admisión, que determinaba un recurso diferencial de partida; la propia intencionalidad de la madre en el recurso a la institución; y el tipo de incorporación al mercado laboral que pretendía llevar a cabo la madre tras la admisión de su hijo en la institución.

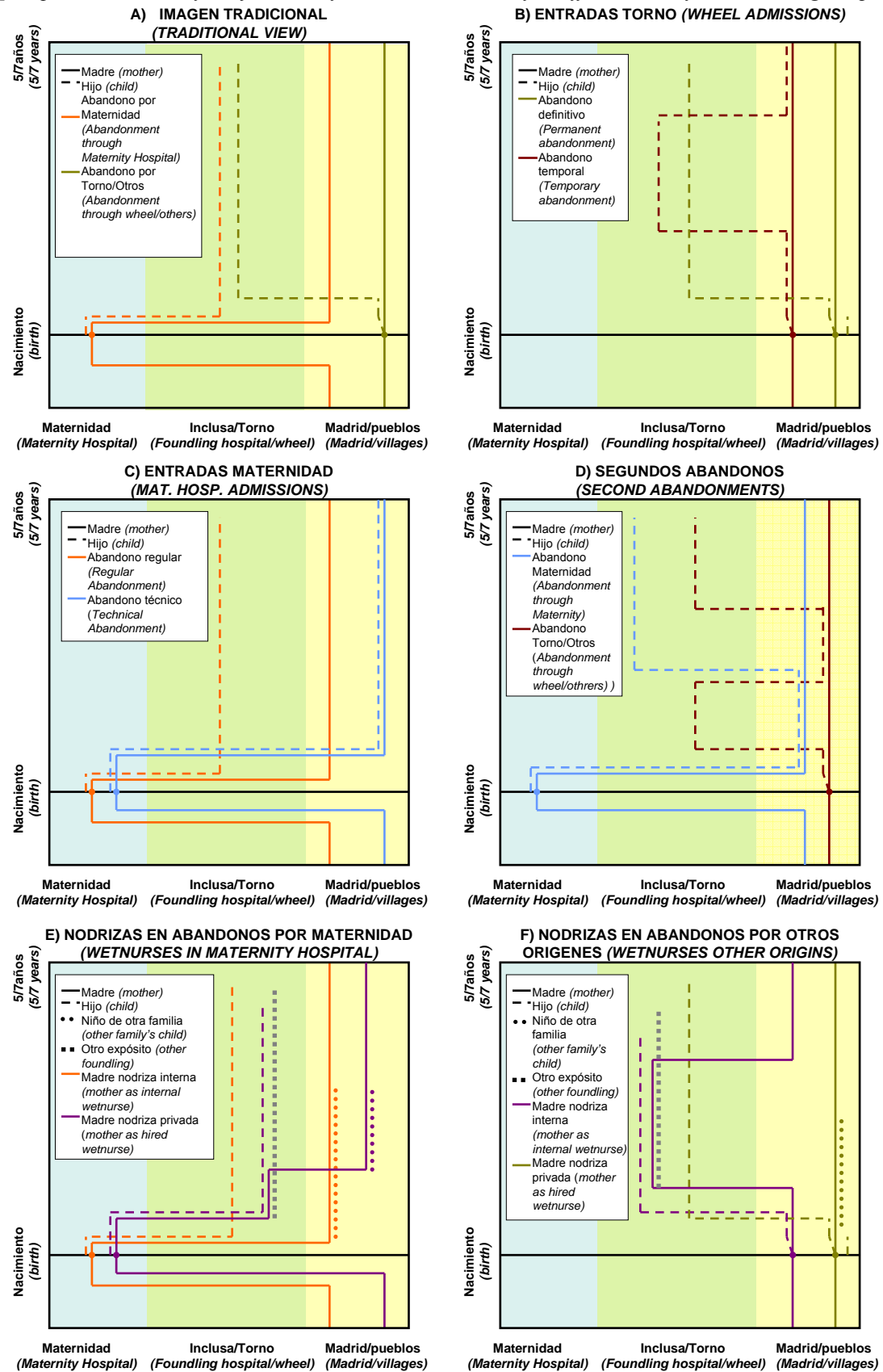
El primer factor asociado con la heterogeneidad de trayectorias expósitas es la modalidad específica de entrada de los niños u origen. Aunque este aspecto ha sido estudiado por todas las monografías, no se ha tratado adecuadamente su influencia clave sobre las formas divergentes de abandono. Como Bravo y Alonso ya señalaban en 1923, implicaban distintas causas de abandono. Dadas las características diferenciales de la Maternidad con respecto al resto de orígenes, hemos considerado preciso dividir el análisis en general y el de las trayectorias, en particular, en dos grupos: aquellos nacidos en Maternidad y aquellos abandonados a través de Otros Orígenes, como grupo residual que recoge no sólo aquellos abandonados en el torno sino a través de cualquier otro procedimiento.

Los gráficos de trayectorias que hemos utilizado muestran el contexto espacio-temporal del abandono. Se ha representado el tiempo en el eje vertical (que empieza antes del parto del niño y se prolonga hasta los 5/7 años) y el espacio en el eje horizontal (donde hemos representado Maternidad, Inclusa/Torno y el domicilio urbano o rural de la madre).

En la sección A se ha representado la situación más simple: se trata del caso de los niños abandonados en Maternidad (línea naranja). Las madres (en trazo continuo) abandonaban sus lugares de origen para ingresar en la institución antes del parto, daban a luz a su hijo, permanecían en la institución unos días y volvían a su entorno anterior. Los hijos nacidos en la Maternidad (en línea discontinua), por tanto, eran abandonados tras el parto y trasladados a la Inclusa, donde permanecían.

En el caso de los niños abandonados a través de Otros Orígenes (en color verde), sólo el hijo era trasladado a la Inclusa (hemos utilizado la notación torno/inclusa para referirnos así tanto a las instalaciones de la institución en un sentido geográfico pero también como manera de entrar en la institución) mientras la madre permanecía en su lugar de residencia. A pesar de que las diferencias puedan parecer menores, eran importantes ya que implicaban necesidades muy distintas a las que llevaban distinto contexto familiar, social y económico. En un caso se hacía preciso el asilo, atención del parto y abandono mientras que en el otro las dos primeras necesidades ya habían sido cubiertas por la madre o familia y sólo se requería la segunda.

Gráfico 5.1. Trayectorias posibles de madres y niños para distintos usos de Inclusa.
[Graph 5.1. Possible life trajectories of mother and children for different uses of the Foundling Hospital].



Además de esta diferencia de recurso entre ambos orígenes, existía una forma particular de acceso a la Maternidad inexistente para los Otros Orígenes: lo que hemos denominado en el capítulo anterior “abandonos técnicos”. Es decir, la búsqueda exclusiva del recurso médico: el parto en la Maternidad sin intencionalidad de abandono que quedaba enmascarado entre las admisiones anuales a la Inclusa. Diferenciar estas dos trayectorias es muy importante ya que mezclaba dos tipos de recursos muy distintos. En la sección C hemos representado estas diferencias. En color naranja hemos representado los abandonos regulares similares a los descritos en la sección A mientras que en azul hemos representado los abandonos técnicos: los primeros implican el abandono seguido de la salida de la madre mientras que los segundos implican la salida de la madre acompañada del niño poco después del parto.

El segundo factor que generaba distintas trayectorias era la posibilidad de recuperación, que permitía que las madres o familias tuvieran un horizonte temporal en mente al realizar abandonos regulares tanto a través de la Casa de Maternidad como de Otros Orígenes. Así, algunos de los niños admitidos estaban destinados a permanecer indefinidamente en la inclusa mientras que otros eran abandonos temporales desde su origen. En la sección B hemos representado las diferentes trayectorias entre abandonos temporales y abandonos permanentes para los niños admitidos a través de Otros Orígenes, donde se ve claramente una entrada y salida del hogar materno para los primeros. No hemos representado el caso equivalente de Maternidad por simplicidad.

Esta recuperación no tenía por qué ser un evento único, lo que indica que la complejidad del recurso a la Inclusa no acababa en la posibilidad del abandono temporal. De hecho, se documenta la existencia de trayectorias mucho más complejas, como los segundos abandonos, que se han representado en la sección D. Estos segundos abandonos se producían tanto para los casos abandonados en Maternidad como para aquellos admitidos por Otros Orígenes. No obstante, en el caso de los niños nacidos en Maternidad, algunos de ellos podían representar un solo abandono intencional que había quedado registrado como dos por el sistema de la Inclusa⁵⁸³.

Finalmente, el tercer factor que podía afectar a las trayectorias de madres e hijos era la incorporación de la ésta al mercado de la lactancia mercenaria. Como ya hemos comentado con anterioridad, la institución tuvo una política variable ante la lactancia de los niños por sus propias madres y se sucedieron distintos tipos de comportamientos. En la sección E hemos representado el caso de las madres que daban a luz en Maternidad. Algunas de ellas pasaban a emplearse como nodrizas internas en la Inclusa (línea morada). Al principio del periodo no se les permitía lactar a sus propios hijos y debían lactar a otros expósitos mientras sus hijos eran enviados fuera. Con el tiempo, se permitió que lactaran a sus propios hijos y a un expósito durante varios meses (hasta tres). Tras ese periodo, salían de la Inclusa y podían continuar su empleo en la lactancia mercenaria. Otras mujeres, sin embargo, salían inmediatamente de la Casa de Maternidad a emplearse en la lactancia mercenaria (línea naranja). A partir de 1927 era obligatorio que las madres dando a luz en Maternidad criaran a sus hijos durante al menos dos meses. No obstante, existía margen para eludir esa responsabilidad.

⁵⁸³ Hernández Briz describía, de hecho, que algunas mujeres daban a la luz en Maternidad, se llevaban a su hijo y lo abandonaban después en el torno. HERNÁNDEZ BRIZ, B., “La Inclusa de Madrid”, *La Correspondencia de España*, 22 de febrero de 1918, pág.4.

La sección F ilustra la situación de aquellas mujeres que no habían recurrido a la Maternidad para el parto en relación con la lactancia mercenaria. El color verde muestra el caso de aquellas mujeres que abandonaban a sus hijos para emplearse directamente en la industria de la lactancia privada mientras que la línea morada ilustra el caso de su entrada como nodrizas internas. Esta última tenía el objetivo de lactar al propio hijo durante una temporada, antes de reincorporarse a la lactancia mercenaria.

Obviamente, las trayectorias ilustradas en el gráfico no agotan todas las posibles posibilidades existentes pero ofrecen una imagen de la heterogeneidad del recurso a la institución. Salvo el uso de la Maternidad con fines exclusivamente médicos, todas las trayectorias descritas podrían estar describiendo las posibilidades existentes en Barcelona, Pamplona, Pontevedra o Sevilla. La diferencia estribaría en la frecuencia de aparición de algunas de las trayectorias más complejas. En otras palabras, este complejo panorama insiste en que algunas de las inclusas más asistenciales habían dejado de ser instituciones al servicio sólo de las capas marginales con una necesidad de abandonar definitivamente a sus hijos y había adquirido usos distintos que obedecían, probablemente, a estrategias de supervivencia familiar.

Pese a que hemos abordado el estudio de las trayectorias de madres y niños como alternativa al estudio de las causas por la posibilidad de ilustrar posibles comportamientos a través de ellas, no podemos establecer asociaciones directas entre causas y trayectorias ni recurrir de una manera efectiva al término “estrategias familiares”. La palabra estrategia implica que los actores históricos estaban conscientemente eligiendo una opción dentro de un abanico de posibilidades y que esa decisión se realizaba a través de una racionalidad específica. No obstante, esta asunción subyacente puede no ser necesariamente cierta: los individuos podían estar guiados por distintos tipos de consideraciones, costumbre, tradiciones, motivos inconscientes, etc.; y podían existir factores de interferencia; modificaciones de sus intenciones, etc. Además, la inferencia de estrategias a través de comportamientos (usando la observación empírica para hablar de causas en función de trayectorias) implica un problema potencial de circularidad si se utilizan categorías derivadas de los datos (estrategias) para explicar los propios datos⁵⁸⁴.

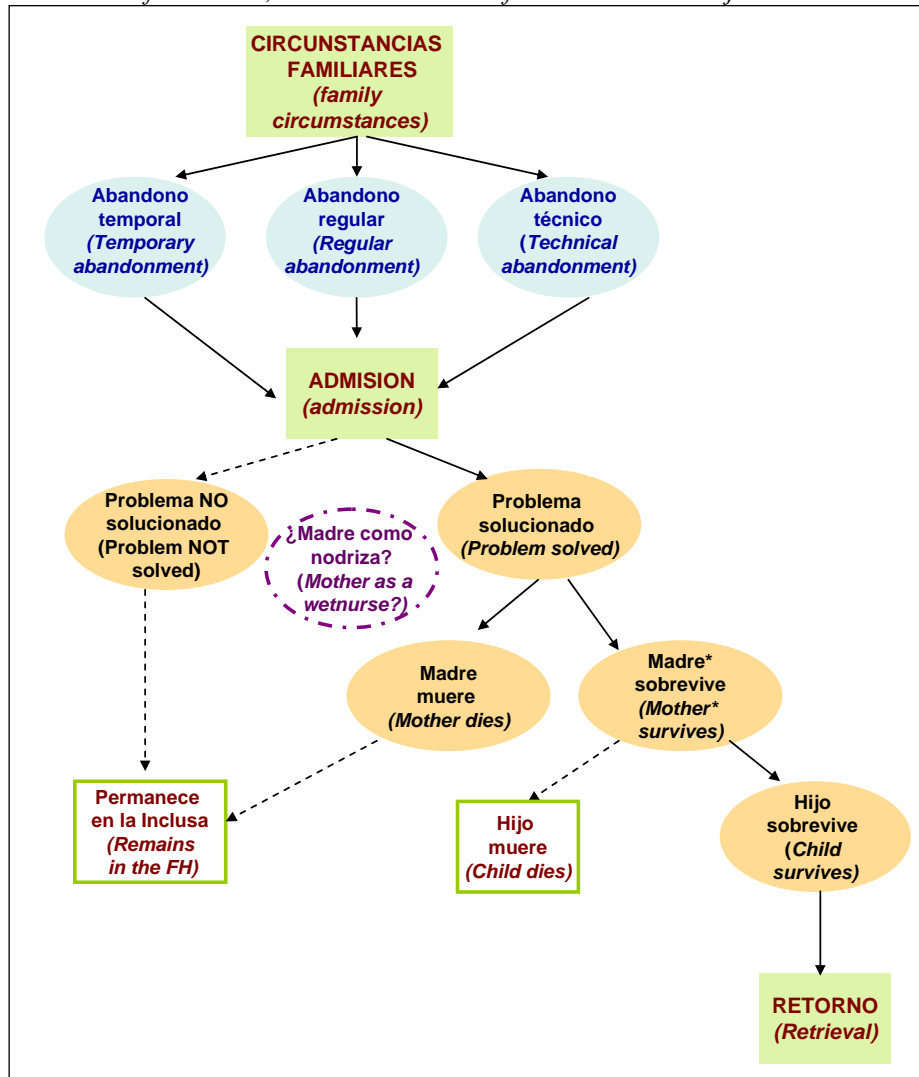
En el gráfico 5.2 hemos representado un ejemplo en este contexto que ilustra este problema. Entre los hechos sobre los que poseemos algún tipo de información (sombreados en verde) que marcan nuestros puntos de observación en el proceso de institucionalización de un niño, existen toda una serie de intenciones que desconocemos (azul) así como una serie de acontecimientos que se escapan a nuestro registro (naranja). Si asumimos que sólo los niños recogidos por sus madres eran abandonados con un horizonte temporal en mente, estamos olvidando todos aquellos que, dada la ocurrencia de otro hecho (por simplificar, lo hemos restringido a la imposibilidad de superar la circunstancia que provocaba el abandono, muerte del niño, la madre o ambos) no pudieron ser recogidos pese a que existiese esa intencionalidad original. Por otro lado, quizá habría casos de cambios de opinión sobre el abandono, recogidas no previstas y toda una casuística imposible de precisar que hace que no se pueda hablar de estrategias analizando sólo el resultado final.

⁵⁸⁴ ENGELEN, T., KOK, J., y PAPING, R.: “The family strategies concept: An evaluation of four empirical case studies” en *The History of the Family* nº 9, 2004, págs.245-246.

Estaríamos ante un problema de circularidad si estableciéramos que las características de aquellos recogidos implicaban exclusivamente el abandono temporal y asumiéramos que todos aquellos recogidos, y con esas características, eran aquellos que tenían una intencionalidad de recogida. Por tanto, desafortunadamente no podemos realizar el salto de trayectorias documentadas a estrategias o causas del abandono pero sí creemos que ilustrar las estrategias nos habla claramente de los resultados reales que la institucionalización reportaba a las madres o familias implicadas en el abandono.

Gráfico 5.2. Universo de intenciones, hechos conocidos y desconocidos detrás de las trayectorias vitales dentro de la institución.

[Graph 5.2. Universe of intentions, known and unknown facts behind vital trajectories in the institution].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

En vez de hablar de estrategias, si analizamos estos casos como aquellos que reflejan un “uso completado” temporal sorteamos el problema y el análisis puede ofrecer claves interpretativas sobre la dinámica de la institución. En nuestro discurso sí hemos hecho uso en ocasiones de la referencia a la existencia de estrategias familiares, contando el recurso a la Inclusa entre ellas, dado que es innegable que existe un principio de agencia en los actores históricos, una racionalidad y una capacidad de adaptarse y aprovechar las ventajas del medio. Es decir, hemos argumentado la posibilidad de su existencia, como herramientas explicativas detrás de algunos de los

usos que observamos pero en ningún caso hemos tratado de operacionalizar el concepto para comprobar o negar su existencia. En cualquier caso, pese a esa mención eventual, al estudiar los patrones específicos de recurso (y su cuantificación) hemos utilizado deliberadamente la expresión “usos de la institución” (en el sentido de las trayectorias y eventos empíricamente observados), insertándonos dentro del discurso de Mandler⁵⁸⁵.

5.1.3. DIFERENCIANDO LOS ABANDONOS TÉCNICOS

Aunque no podamos hablar de estrategias específicamente, es preciso tratar de acotar exactamente el uso efectivo de la Casa de Maternidad como un recurso exclusivamente médico a la institución. De hecho, dado que la preocupación central de nuestro trabajo es la infancia abandonada, es vital poder distinguir, aunque sea aproximadamente, entre un uso propiamente de abandono y una contribución de naturaleza completamente distinta.

La inclusión de los abandonos técnicos entre las entradas anuales era un hecho totalmente ajeno a la voluntad de las madres que, al acudir a la Casa de Maternidad para el parto, no tenían por qué ser necesariamente conscientes de que su hijo iba a registrarse como abandono. Este sesgo administrativo es una característica que podría estar presente en otras instituciones nacionales pero hasta el momento ningún trabajo ha destacado su existencia con la importancia descrita en Madrid. En el caso de Pamplona, Valverde destaca que esta situación podría afectar sólo a una docena de casos anuales⁵⁸⁶.

La identificación de los “abandonos técnicos” hasta 1917 no es una tarea fácil ya que precisamente su aparición como parte del sistema de registro de la Inclusa no ofrece información adicional para identificarlos. De modo que sabemos de su existencia exclusivamente por la combinación de la legislación de entrada con la observación empírica: la importante proporción de niños nacidos en la Maternidad que permanecían muy pocos días en la institución y eran recogidos por sus madres.

Por tanto, para operacionalizar este concepto y poder identificar, al menos a algunos de estos niños, hemos tenido que utilizar un acercamiento empírico: la propia distribución de las entradas y salidas de los niños procedentes de Maternidad. Esta aproximación sólo permite capturar los casos de niños que fueron recogidos días después tras su nacimiento e inferir que se trataba efectivamente de “abandonos técnicos” pero lógicamente no permite capturar a todos. Por la propia definición del abandono técnico, es improbable que hayamos capturado recuperaciones tempranas que no representaban un abandono técnico pero naturalmente se pierden aquellos casos en los que esas interferencias que destacábamos en el gráfico 5.2: cambio de opinión, la muerte de madre o niño u otra circunstancia imprevista impidieran la recogida. A pesar de estos problemas, pensamos que, dada su importancia cuantitativa sobre el total de entradas, es importante al menos identificar este subconjunto, siendo conscientes de la subestimación en la que se incurre.

⁵⁸⁵ MANDLER, (ed.): *The Uses of Charity: The Poor on Relief in the Nineteenth-Century Metropolis*, pág.2.

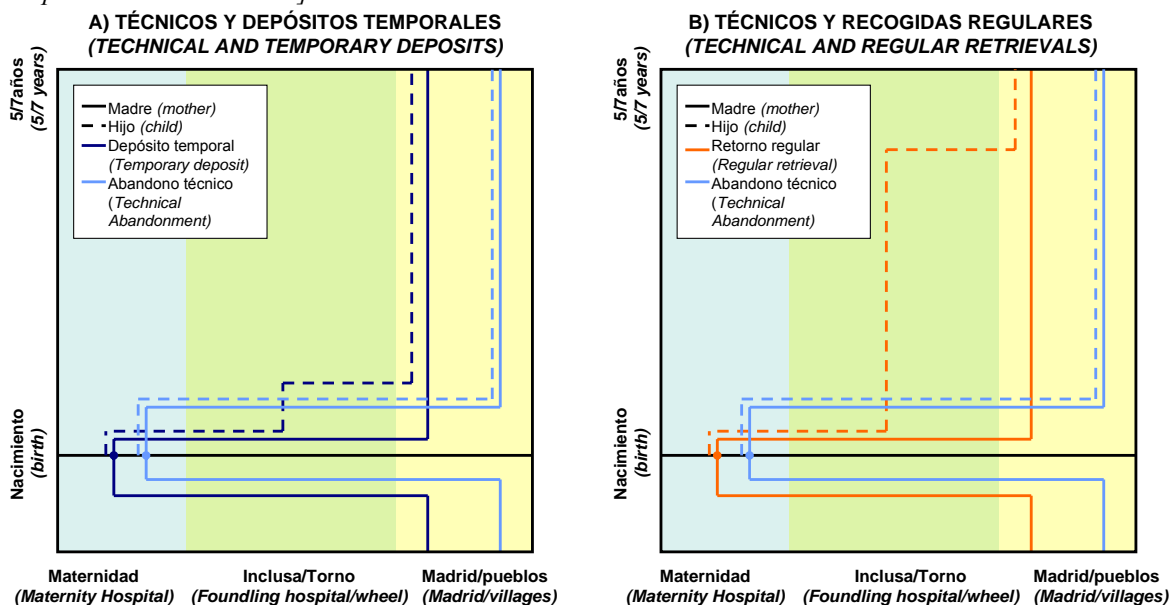
⁵⁸⁶ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.98.

Hemos identificado las recogidas tempranas como señal de un abandono técnico completado y hemos tratado de definir el umbral de lo que significaba ese “temprano”. La decisión sobre el umbral se ha basado en varias características de los datos y en el contexto. En primer lugar, la distribución de las recogidas poco después del nacimiento tiene su máximo momento de intensidad entre los días 7 y 15 en todo el periodo anterior a 1917. En segundo lugar, los médicos de la Casa de Maternidad reportaban que el número medio de días que las mujeres solían permanecer en la institución tras el alta era de 6-8 aunque también hablaban de altas inmediatas tras el parto y de sus peligros. Y, en tercer lugar, en el periodo posterior a 1918, pese a que los niños de Maternidad ya no eran inmediatamente enviados a la Inclusa, se documenta una distribución de las recogidas maternas muy similar en distribución (aunque no intensidad) al periodo anterior: es decir, pese a que en ese momento la admisión de un niño en la Inclusa implicaba la voluntad de la madre de abandono, existían algunas madres que indicaban su abandono pero los recuperaban una o dos semanas después del mismo, con la frecuencia máxima entre 15-21 días.

Esta disintonía entre la fecha media del alta y la fecha de máxima recuperación sugiere que, en el primer periodo, no sólo había casos de mujeres que se llevaban a sus hijos al recibir el alta (los denominados casos técnicos) sino que otras podían utilizar la institución para el depósito temporal durante una semana, tras ser dadas de alta. Es posible que algunas mujeres salieran de la Maternidad sin sus hijos para proveerse de una situación e incluso quizá alojamiento que les permitiera cuidar de éstos. Esta hipótesis recibe un cierto respaldo si se considera el periodo posterior al cambio de legislación: encontrar un patrón similar en ausencia de los casos técnicos. Las trayectorias que representarían estas dos posibilidades dentro de las recogidas tempranas se han representado en la sección A del gráfico 5.3.

Gráfico 5.3. Trayectorias posibles de madres y niños para aquellos admitidos a través de la Casa de Maternidad y posteriormente recogidos.

[Graph 5.3. Possible life trajectories of mother and children for those admitted through the Maternity Hospital and later retrieved].



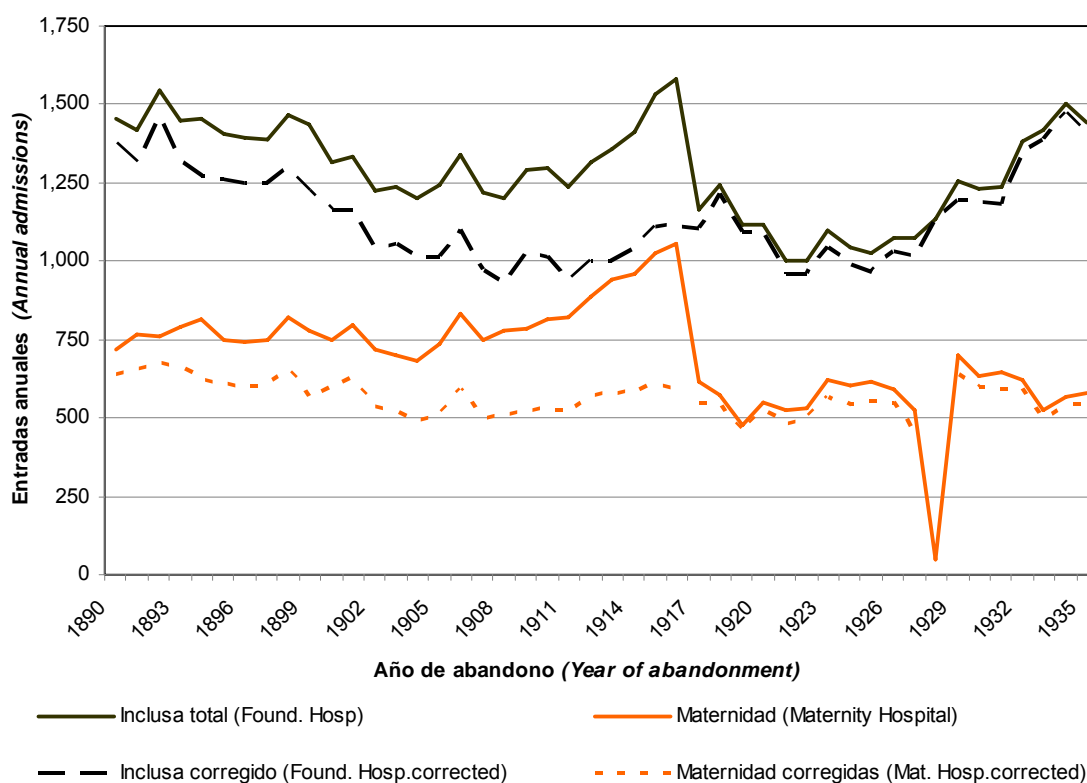
Elaboración propia.
[Own elaboration].

En cualquier caso, dada la imposibilidad de distinguirlas, los hemos considerado conjuntamente por lo que hablaremos generalmente de ellas como “abandonos técnicos”, ampliando el concepto al segundo periodo. Al margen de la posible diferencia entre usos técnicos y depósitos temporales (es decir, si la madre había recibido o no el alta de Maternidad) entre estas recogidas tempranas, está claro que eran niños probablemente admitidos por razones muy distintas y en circunstancias diferentes del resto de niños.

Por tanto, para distinguir estas recogidas tempranas de las recogidas regulares y de los abandonos regulares que no fueron recogidos, se ha establecido como criterio para considerar a los abandonos técnicos la recogida durante los primeros 21 días ya que, pese a la concentración de recogidas en las dos primeras semanas de vida, en el segundo periodo se extendía hasta el día 21. Para el primer periodo, la diferencia entre elegir entre el día 15 ó el 21 es apenas perceptible porque no se producían apenas recogidas desde el día 15 hasta mucho más adelante. En el segundo periodo, esta estimación no implicaba un elevadísimo número de casos pero nos ha parecido oportuno incluirlos conceptualmente. Identificando así los casos, podemos hablar finalmente de abandono y otros usos y estudiar ambos fenómenos (aunque imperfectamente) individualmente.

Gráfico 5.4. Entradas anuales y abandonos a la Inclusa y, específicamente, de la Maternidad.

[Graph 5.4. Annual admissions and abandonments in the Foundling Hospital and, specifically, in the Maternity Hospital].



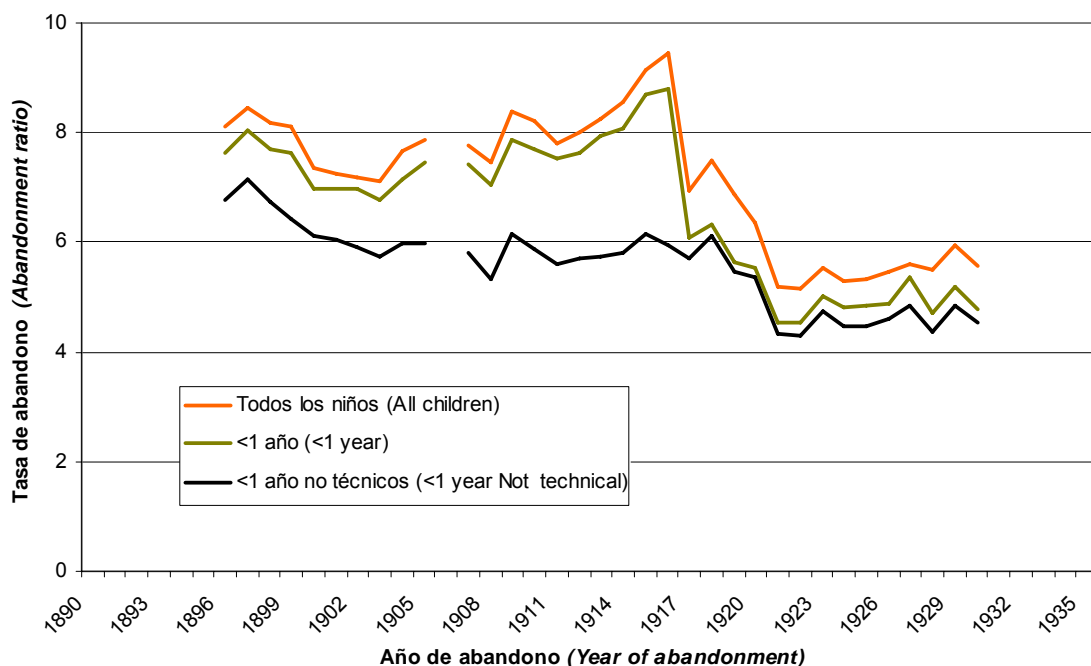
Nota: en el año 1928 la ausencia de casos de Maternidad simultánea al mantenimiento del mismo nivel de abandonos sugiere que se trata de un problema de registro del origen no de una disminución de ese origen específico. Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Note: 1928 absence of data for Maternity Hospital simultaneously to the same level for other origins is related to a problem of origin registration rather than a decrease in Maternity Hospital admissions. Source: ARCM. Own elaboration].

La importancia de los abandonos técnicos es clave para entender la dinámica de la Inclusa en este periodo ya que estos casos llegaron a suponer hasta el 30% de las admisiones de Maternidad, alterando sensiblemente la imagen que podemos obtener de las cifras generales (como se ve en el gráfico 5.4). Las líneas continuas representan el total de admisiones de la Inclusa y el número específico de niños que entraban a través de la Maternidad. Y las discontinuas están corregidas por la presencia de abandonos técnicos. De su comparación, se puede apreciar que los casos técnicos son responsables casi absolutos del incremento de las admisiones en la década de 1910.

Vemos que el número de abandonos que se realizaba a través de la Maternidad se mantuvo en torno a los 600 anuales y que el incremento que se observa en la línea continua de ésta y que repercute en los abandonos totales fue causado exclusivamente por los abandonos técnicos. El caso de 1928 responde a un problema de mal registro generalizado de todos los orígenes más que a una excepcionalidad real en la trayectoria. La evolución general de la Inclusa se debe más a las oscilaciones del número de abandonos a través de Otros Orígenes que experimentaron cambios cíclicos: disminución en el periodo 1890-1910, crecimiento 1911-1920, disminución 1921-1930 y nuevo crecimiento desde 1930 en adelante.

Gráfico 5.5. Tasas de abandono en Madrid según diferentes criterios.

[Graph 5.5. Abandonment rates in Madrid according to different criteria].



Fuente: ARCM y Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.
[Source: ARCM and Estadística Demográfica del Ayuntamiento de Madrid. Own elaboration].

Estas oscilaciones del número de admisiones anuales no supusieron en ningún caso el incremento del abandono infantil en Madrid ya que el número de nacimientos estaba creciendo a la par que el número de abandonos. En el gráfico 5.5 se muestran las tasas de abandono de la ciudad de Madrid entre 1900 y 1930, que señalan un descenso desde principios de siglo. En este gráfico se han añadido los cálculos tal y como se realizan en otros estudios (considerando todos los niños) y obviando el hecho de la coexistencia de recursos en la admisión para reafirmar la importancia de la consideración correcta de la población de estudio. Las cifras ajustadas se han

representado en negro y reflejan una evolución más coherente con el paso del tiempo: descenso a finales del siglo XIX desde el 7% hasta el 6%, cifra en la que la tasa permaneció estable hasta 1919, seguida de una reducción hasta niveles del 4,5%, donde se mantuvo durante el resto de nuestro periodo.

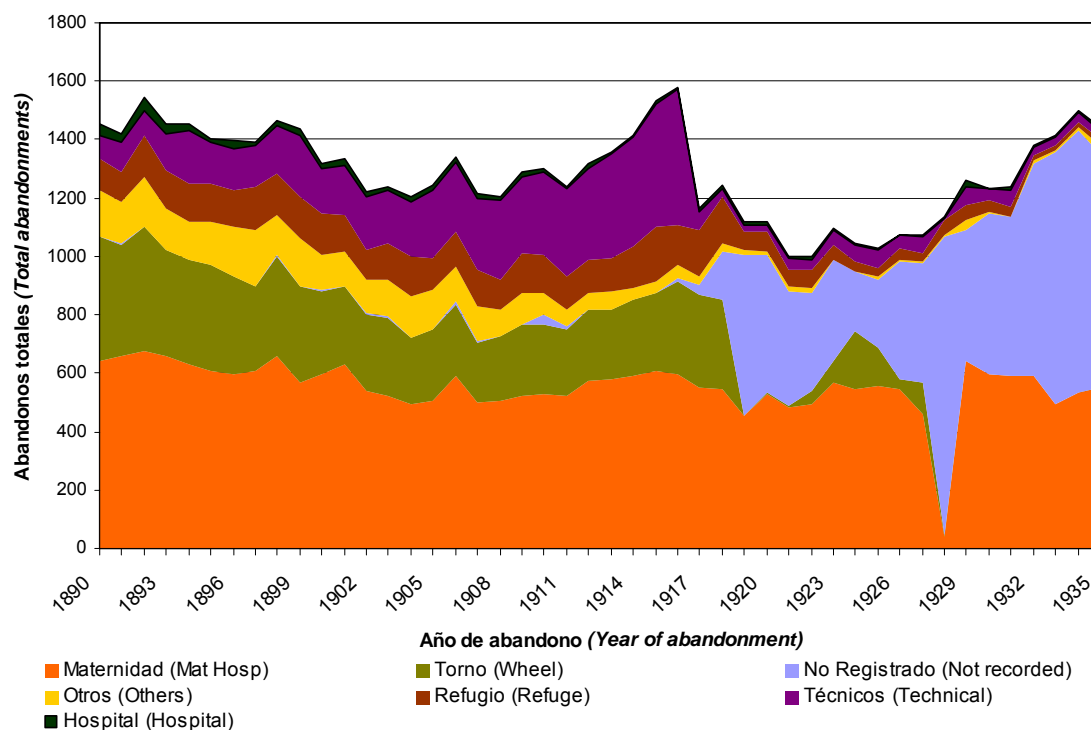
No está claro por qué se produjo este descenso radical en la tasa de abandono a principios de los años 20 pero es posible que hubiera una combinación de factores: por un lado, es posible que la denuncia pública de la mortalidad de la Inclusa disuadiera en cierta medida a algunas mujeres de este recurso; por otro lado, también es posible que el énfasis en la función maternal de la mujer soltera tuviera algún efecto a partir de este momento; o, finalmente, que el decidido cambio social de la ciudad estuviera dando más espacio a la posibilidad de criar a los hijos ilegítimos en los hogares, sin tener que recurrir al abandono.

5.2. LOS NIÑOS ADMITIDOS A LA INCLUSA

Las características de la población infantil admitida en la Inclusa estaban determinadas por las intenciones de las madres y familias que hacían uso de ese recurso. Así que podemos acercarnos a la complejidad de sus trayectorias y usos diferenciales de la institución a través del análisis de algunas de las características de los niños (edad, sexo y estación de nacimiento), y de las madres y circunstancias del abandono.

Gráfico 5.6. Entradas anuales según el origen.

[Graph 5.6. Annual admissions according to origin].



Nota: En el año 1928 la ausencia de casos de Maternidad simultánea al mantenimiento del mismo nivel de abandonos sugiere que se trata de un problema de registro del origen no de una disminución de ese origen específico. Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Note: Absence of data for 1928 in Maternity Hospital simultaneously to the same level for other origins is related to a problem of origin registration rather than a decrease in Maternity Hospital admissions. Source: ARCM. Own elaboration].

Pese a la heterogeneidad de experiencias descritas, no hemos podido establecer grupos de niños según causas de abandono en función de la trayectoria observada (recuperación) o posible (posición de la madre hacia la lactancia). Así, el único criterio que hemos podido utilizar para disminuir la heterogeneidad de las características de los expósitos ha sido el origen, a través de la división anterior: Maternidad y una categoría genérica de Otros Orígenes. Esta separación del análisis nos permite recoger tanto las diferencias en las circunstancias del abandono entre estos dos sub-grupos como las de tipo administrativo-registral.

En el gráfico 5.6 hemos representado los seis orígenes mayoritarios de los expósitos y su evolución para enmarcar esta diferenciación inicial. Se han incluido los abandonos técnicos de Maternidad individualizados para separar esos dos contingentes de niños. Así, se puede apreciar que, a la variedad de orígenes descritos antes de 1917, le siguió una virtual falta de registro de información. En este contexto el uso de una categoría miscelánea, Otros Orígenes, permite solucionar el problema que suponen las transferencias de unas a otras categorías.

Esta distribución de orígenes no es muy distinta de la que se apreciaba en otras instituciones similares a principios del siglo XX, en las que el peso de las entradas de Maternidad había ido incrementándose hasta dar cuenta de cerca del 50% de las entradas anuales de la institución (Pamplona o Barcelona)⁵⁸⁷. No obstante, pese a la necesaria diferencia de estos dos tipos de abandonos, la historiografía previa no ha distinguido entre estos dos colectivos ya que, en general, su análisis ha estado más centrado en la distinción de legítimos e ilegítimos y en el uso del torno como recurso a los momentos de restricción de la admisión de legítimos.

5.2.1. LOS NIÑOS NACIDOS EN MATERNIDAD

A pesar de que hemos identificado exploratoriamente algunos de los niños admitidos a través de Maternidad como abandonos técnicos, no podemos excluirllos del análisis por dos razones. Por un lado, su estudio nos permite ilustrar el uso conjunto de la Casa de Maternidad y la Inclusa, informándonos sobre las diferencias entre las mujeres recurriendo a distintos tipos de usos; y, por otro lado, nos permite identificar el sentido del sesgo que aportan los abandonos técnicos que no hemos podido capturar a través de nuestro umbral de los 21 días.

5.2.1.1. Características de los niños y el abandono

Podría pensarse que las características de los niños nacidos en Maternidad (edad, sexo y estación de origen) son muy homogéneas por lo que su estudio no revelaría mucha información. El acercamiento a ellas nos proporciona claves para perfilar distintos aspectos del recurso a la institución. La primera de las características, por ejemplo, la edad, podría parecer irrelevante ya que todos los niños abandonados en Maternidad eran recién nacidos pero precisamente su distribución nos ofrece

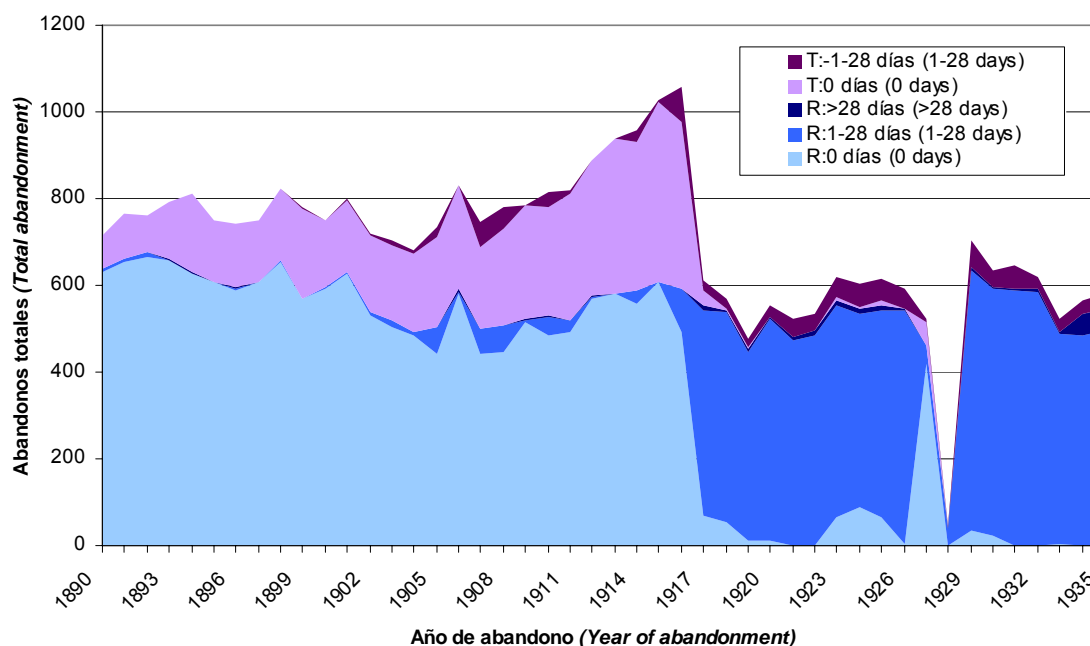
⁵⁸⁷ Ibid., pág.67 y 81 URIBE-ETXEBARRIA FLORES: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, pág.156; y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.150.

información sobre dos aspectos: la evolución de la política de admisión y la existencia de casos atípicos en la Maternidad: los niños mayores de un año.

En el gráfico 5.7 se pueden ver estos dos aspectos. En cuanto a la política de admisión, por un lado, se aprecia que hasta 1917 casi la totalidad de los abandonos se transmitían a la Inclusa el mismo día de su nacimiento y sólo una parte muy pequeña debía esperar unos días. Lo mismo ocurría con los abandonos técnicos, que replican a la perfección la estructura, sugiriendo que el tratamiento recibido por los niños tras el nacimiento era independiente de la posibilidad de retorno (fuera ésta expresada o no por sus madres). Por otro lado, a partir de 1918 las proporciones se invirtieron y el mayor porcentaje de admisiones a la Inclusa se producía a los 7 u 8 días. Esta transformación respondió al cambio de política de admisión que eliminaba los técnicos y retrasaba la admisión. A ello también contribuyó, aunque no exclusivamente, el traslado de gran parte de la Inclusa al Asilo de San José entre 1918 y 1919, que dificultaba aun más un traslado inmediato ya que los niños tenían que ser enviados de unas instalaciones a otras en furgoneta y era todavía más importante esperar unos días después del parto.

Gráfico 5.7. Distribución de admisiones anuales en la Casa de Maternidad de abandonos técnicos y abandonos regulares según edad de entrada.

[Graph 5.7. Distribution of annual regular abandonments and technical abandonments through the Maternity Hospital according to age at admission].



Nota: En el año 1928 la ausencia de casos de Maternidad simultánea al mantenimiento del mismo nivel de abandonos sugiere que se trata de un problema de registro del origen no de una disminución de ese origen específico. Leyenda: T: Técnicos/R:Regulares. Fuente: ARCM. Elaboración propia. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Absence of data in 1928 for Maternity Hospital simultaneously to the same level for other origins is related to a problem of origin registration rather than a decrease in Maternity Hospital admissions. Legend: T:Technical abandonment/R.Regular Abandonment Source: ARCM. Own elaboration].

El otro fenómeno que podemos apreciar es la presencia de un pequeño porcentaje de niños mayores de 28 días que responde a una práctica muy específica: madres que acudían a la Maternidad a dar a luz acompañadas de un hijo de mayor edad (generalmente mayor de un año) que era ingresado en la institución mientras la madre se encontraba asilada en la Casa de Maternidad. Se trataba de un número muy reducido de

casos, menos de una veintena al año, por lo que no suponen una interferencia muy importante sobre las cifras anuales.

La segunda característica que es conveniente reseñar es el sexo de los admitidos, ya que desde la década de 1970 y los primeros estudios sobre la sobre-representación femenina en abandonos e infanticidios⁵⁸⁸, ha sido utilizado para hablar de ideologías sobre el valor de los sexos. La historiografía ha utilizado la razón entre los sexos (el cociente entre el número de admisiones masculinas y femeninas) como un indicador de la existencia/ausencia de preferencia por un sexo u otro, de lo que existen numerosas evidencias previas. Al estudiar los nacimientos en la Maternidad, como en nuestro caso, la hipótesis inicial sería la ausencia de ventaja masculina dado que las mujeres desconocían el sexo de sus hijos antes del nacimiento. Por tanto, es esperable una ligera sobre-representación masculina, dado que nacen unos 105 niños por cada 100 niñas.

En un contexto en el que el nacimiento era seguido del abandono, no podemos descartar la existencia de patrones relacionados con el comportamiento actuando entre estos dos eventos (nacimiento y abandono). Se pueden hipotetizar dos posibilidades de comportamiento. En primer lugar, es posible que tanto para el recurso exclusivamente médico como para el abandono, la decisión de llevar a cabo uno u otro se hubiera tomado con anterioridad a la admisión y no se veía modificada por el sexo del recién nacido. Esto implicaría que tanto casos técnicos como abandonos mantendrían una razón entre los sexos regular. Y, en segundo lugar, sería posible que, una vez producido el nacimiento, el sexo del recién nacido pudiera afectar la decisión inicial a favor o en contra del abandono o que la decisión sobre la realización del abandono hubiera dependido desde el principio de este factor. En este caso, se esperaría una preferencia masculina (en consonancia con la historiografía previa) que implicaría una razón entre los sexos excesivamente masculinizada para los abandonos técnicos frente una razón feminizada para los niños nacidos en Maternidad que eran finalmente abandonados.

Tabla 5.1. Evolución de la razón entre los sexos para los niños admitidos en la Casa de Maternidad.

[Table 5.1. Sex ratio evolution for children admitted through the Maternity Hospital].

	Técnicos (Technical abandonments)	Regulares (Regular abandonments)
1890-1899	119	105
1900-1916	104	103
1917-1928	100	102
1929-1935	109	109

Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

Para comprobar estas hipótesis hemos calculado este indicador para cada uno de estos sub-grupos en varios periodos, que se muestran en la tabla 5.1. Hemos utilizado los años agrupados de esta manera para evitar que las oscilaciones anuales puedan interferir en los resultados. La elección de esos grupos responde a los cuatro periodos fundamentales de la evolución de la institución y sus prácticas administrativas: 1890-1899 fue el periodo con menor registro de información materna a través de Maternidad además de incluir sólo un apellido en la identificación de madres e hijos; de 1900 a

⁵⁸⁸ HARRIS, M.: "Why men dominate women?" en *New York Times Magazine* n° 13 de noviembre, 1977; y LANGER, W. L.: "Checks on population growth, 1750-1850" en *Scientific American* n° 226, 1972.

1917 se consolida la aparición de los casos técnicos paralela a un registro muy bueno; de 1918 a 1929 encontramos un periodo de transición, con cambios de registro, mudanza de la institución, cambio de médicos, etc.; y el periodo final, 1929-1935 es el del Instituto Provincial de Puericultura. Esta división, además, nos permite comprobar si existió variación en el abandono en función de estos grandes cambios de funcionamiento de la institución.

A la luz de los datos, se comprueba la hipótesis principal, la ausencia de preferencia. En los dos tipos de abandonos y a lo largo de todo el tiempo el sex ratio es superior a 100, indicando un predominio de varones, lo que concuerda con una proporción real de 105⁵⁸⁹.

La tercera característica que nos informa sobre las circunstancias del abandono es la estación de nacimiento que revela concordancia/disonancia con los el patrón de nacimientos y concepciones de la ciudad. La estacionalidad del abandono en el Antiguo Régimen seguía, de forma general, el ciclo de las concepciones, cuyo máximo era en primavera-verano. Se caracterizaba por una elevación en los tres primeros meses del año (a veces extendiéndose hasta abril), seguida de un periodo de mínimas entradas en el verano y una segunda elevación, aunque menor que la primera, en otoño⁵⁹⁰. Para la Inclusa de Madrid en su totalidad, Sherwood, documentó un cambio entre ese patrón a principios del siglo XVIII y el final del siglo, caracterizado por un largo y estable periodo desde septiembre hasta marzo, con un único decrecimiento durante los meses de verano⁵⁹¹.

Para comprobar su permanencia en nuestro periodo, hemos calculado la estacionalidad mediante el porcentaje de desviación mensual con respecto a la media anual, que se representado en el gráfico 5.8. Adicionalmente, se ha representado la estacionalidad para la ciudad de Madrid (en dos momentos, 1900 y 1930), que era el marco de esa natalidad⁵⁹².

En esta comparación es importante tener en cuenta que los patrones anteriores se referían a la totalidad de los abandonos y nosotros nos hemos referido exclusivamente a los nacimientos en Maternidad, por lo que es posible obtener alguna disintonía. Además, hemos dividido las entradas entre casos técnicos y regulares para garantizar que no se mezclen las estimaciones. Así, por un lado vemos que la estacionalidad madrileña fue desapareciendo a lo largo del periodo pero todavía en 1900 se observaba un ligero predomino de nacimientos en los tres primeros meses del año. Aunque se

⁵⁸⁹ La oscilación de los números de la tabla está dentro del rasgo esperable de un sex ratio de 105 para el volumen de nacimientos anuales que manejamos. Dado que la proporción de 105 por cada 100 nacimientos sólo se comprueba para poblaciones de al menos un millón de individuos, Livi-Bacci reportaba las estimaciones de G. Leti sobre estos rangos de confianza para poblaciones menores. En nuestro caso, para 5.000-10.000 individuos (que es el máximo de nacimientos en cada periodo) los rangos máximos serían 99,2-110,8 y 100,9-109,1. LIVI-BACCI, M.: *Introducción a la demografía*, Ariel, Barcelona, 1993, págs.29-30.

⁵⁹⁰ Observado por ÁLVAREZ SANTALÓ: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, pág.88; DE LA FUENTE GALÁN: *Marginación y pobreza en la Granada de la segunda mitad del siglo XVIII. Los niños expósitos*, pág.195-196; y GÓMEZ RUIZ: *El Hospital Real de Santa María Magdalena y la Casa de Expósitos de Almería*, pág.201.

⁵⁹¹ SHERWOOD: *Poverty in eighteenth-century Spain: the women and children of the Inclusa*, pág.119-121.

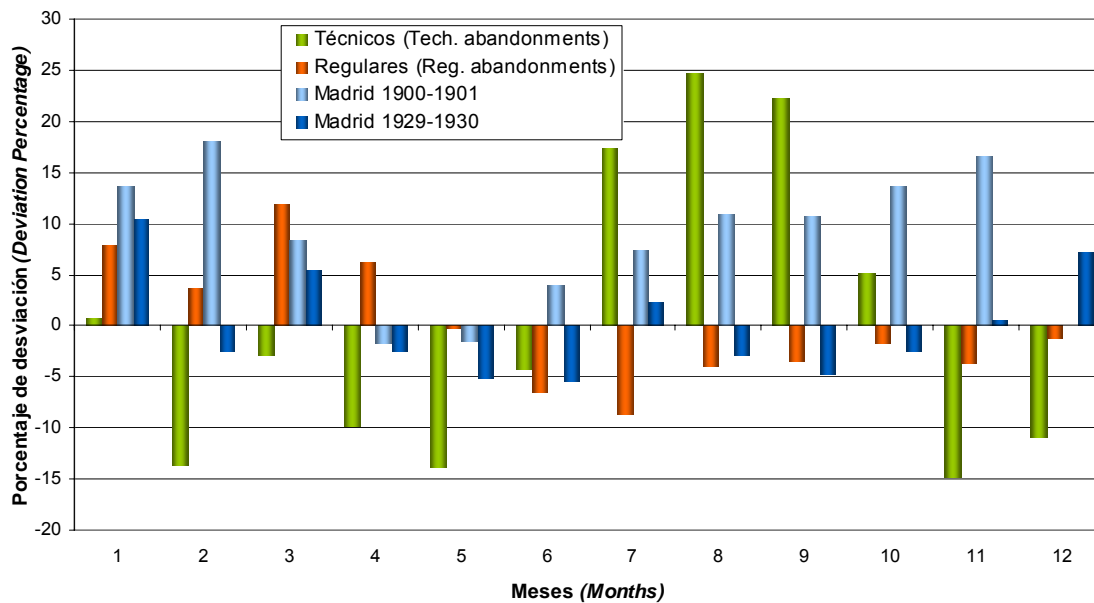
⁵⁹² Se ha preferido esta medida en vez de utilizar el porcentaje para evitar el sesgo que la variación en el número bruto de nacimientos puede implicar pero la imagen es muy similar.

aprecia su concentración en los primeros tres meses del año. Este patrón coincide plenamente con el resto de la experiencia peninsular. La explicación tradicional asocia las concepciones se producían entre abril y junio con el periodo de mayor vida en la calle y mayor proximidad entre los sexos tanto en los ámbitos rurales como urbanos⁵⁹³.

En cuanto a los nacimientos que tenían lugar en la Inclusa, el gráfico ofrece una imagen muy distinta para abandonos técnicos y regulares, sugiriendo un escenario ligeramente diferente de la que planteaba Sherwood. Para los abandonos regulares, la estacionalidad es bastante limitada y sólo se aprecia una elevación, que sigue la estacionalidad de la ciudad, en los tres primeros meses del año. Para los técnicos, la elevación se produce precisamente en los meses de junio a septiembre, lo que sugiere un efecto complementario al encontrado para los regulares.

Gráfico 5.8. Desviación porcentual mensual sobre la media de abandonos a través de Maternidad para los casos técnicos y los abandonos regulares para 1890-1935 comparada con la media de Madrid para 1900-1901 y 1929-1930.

[Graph 5.8. Monthly percentage deviation from average of abandonment through the Maternity Hospital for technical abandonments and regular abandonments for 1890-1935 compared to Madrid for 1900-1901 and 1929-1930].



Nota: % desviación sobre la media=(dato mensual-media anual)/media anual*100. Fuente: ARCM y Estadística Demográfica 1900-1901 y 1929-1930. Elaboración propia.

[Note: % deviation from average=(monthly figure/annual average)/annual average*100. Source: ARCM and Estadística Demográfica 1900-1901 and 1929-1930. Own elaboration].

Si el verano era el momento de mayor abundancia y seguridad del año, limitando el número de abandonos que se realizaban, también era el que vería un mayor número de recursos a la Casa de Maternidad que no buscaban el abandono. Las diferencias entre ambos patrones (técnicos y regulares) eran estadísticamente significativas según los test estadísticos formales, es decir, no podrían ser fruto de la variabilidad aleatoria natural. No se encuentran diferencias para la Inclusa en los distintos subperiodos de estudio.

⁵⁹³ Constatamos el mismo patrón que Rodríguez Martín para Barcelona, que lo encontraba idéntico al de Sevilla, Zamora e incluso Andújar en el siglo XVIII. RODRÍGUEZ MARTÍN: "El castigo del deseo femenino en la Casa de Expósitos y Maternidad de Barcelona", pág.155.

Pese a que la edad y el sexo no clarifiquen las diferencias entre abandonos técnicos y regulares en Maternidad, la estación nos ofrece una primera clave explicativa de su distinto patrón.

5.2.1.2. Las características y circunstancias de las madres

Dado que nuestro interés se centra fundamentalmente en los niños realmente abandonados y ya hemos visto que existían importantes diferencias en su patrón de abandono estacional, que pueden estar relacionadas con las familias de procedencia, en este epígrafe hemos profundizado exclusivamente en las características de los abandonos regulares. Así, hemos relegado al epígrafe final la discusión completa de las semejanzas y diferencias entre abandonos técnicos y regulares con respecto a las características maternas.

Las características familiares de los expósitos han sido uno de los temas más discutidos por la historiografía dada su importancia para determinar las causas del abandono y comprender la dimensión asistencial específica adoptada por las diferentes instituciones. La falta de información en las fuentes ha dificultado sobremanera la tarea. Entre los aspectos relativos a las madres, el estado civil de la madre, manifestado en la filiación del hijo, ha sido la variable fundamental, ya que precisamente informa sobre si el abandono seguía el patrón tradicional, el abandono ilegítimo, o si formaba parte de los usos alternativos que se desarrollaban paralelamente. El resto de información sobre las familias sólo ha podido ser vislumbrado en algunos estudios y en algunas cronologías precisas por la limitada información implicado por el fomento del abandono anónimo.

Otros estudios han podido extraer la mayor parte de la información sobre los niños abandonados a través de los expedientes de reclamación de los niños. Pese a ofrecer gran riqueza informativa sobre las circunstancias de esas madres o familias, su cobertura es muy limitada ya que a menudo sólo se disponen de unas decenas de expedientes anuales y está muy seleccionando, ilustrando la situación de un tipo específico de familias⁵⁹⁴. Por tanto, nos hemos centrado exclusivamente en fuentes que nos permiten hablar de las características de todos los expósitos y no están seleccionadas por la ocurrencia de la recuperación. Esto nos ha permitido estudiar las familias de los niños admitidos a través de la Casa de Maternidad no sólo en función de su legitimidad sino también de otras características de las madres, como su naturaleza, su edad, profesión, etc⁵⁹⁵.

Esta información se ha extraído de tres fuentes: los datos recogidos en los *Libros de Entrada*, la muestra de expedientes de la Casa de Maternidad para los años 1915 y

⁵⁹⁴ Los expedientes de recuperación han sido explotados por numerosos trabajos hasta el momento: RODRÍGUEZ MARTÍN: "La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903"; URIBE-ETXEBARRIA FLORES: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*; y VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*.

⁵⁹⁵ Es importante señalar que aparece en el registro una cierta cantidad de información sobre padres pero lo hace en una proporción tan limitada que apenas contribuye a la explicación general, por lo que hemos utilizado fundamentalmente la información materna, con una cobertura mucho mayor.

1916 y el enlace de estas mujeres con el padrón de 1915⁵⁹⁶. Estos tres grupos de fuentes, con su distinta cobertura, han permitido obtener distintos niveles de inferencia por lo que han sido tratados secuencialmente para ir de lo general a lo particular: en una primera sección hemos descrito las características de las madres que abandonaron niños a través de la Casa de Maternidad a lo largo de los 45 años de nuestro estudio⁵⁹⁷; en la segunda sección, hemos utilizado los perfiles de aquellas abandonando en el periodo 1915-1916 para extender nuestro conocimiento a detalles más particulares, que pueden ser extrapolables al resto del periodo; y, en tercer lugar, la información padronal sobre las madres de 1915-1916 nos ha permitido discutir la movilidad residencial y geográfica de las madres, así como la estabilidad y estructura familiar de éstas.

A. Las características básicas de las madres

i. El estado civil de las madres y legitimidad de los niños

La legitimidad sola no nos sirve para hablar de causas del abandono y su consideración exclusiva empaña la imagen, por lo que es necesario añadir distintas evidencias que documentan la existencia de ciertos patrones que deben tomarse colectivamente. Se trata de una información muy útil que debe ser estudiada con cuidado.

Uno de los principales problemas que surgen al abordar el análisis de la legitimidad es la determinación de criterios para su imputación porque no siempre se registraba de esa manera. Para las cronologías más antiguas y con menor nivel de información, se han utilizado todo tipo de acercamientos para aproximar la información sobre la legitimidad real, dada la escasez de información parental. Por ejemplo, algunos autores han seguido el método clásico de Álvarez Santaló para Sevilla, que infería legitimidad según tipo de ropa y ajuar que presentaban los niños al abandono y que, a su vez, correlacionaba con clase social⁵⁹⁸; Tarifa Fernández⁵⁹⁹ y Fernández Ugarte⁶⁰⁰ utilizaban todo tipo de informaciones disponibles tanto en cédulas como en las circunstancias de llegada; Fuente Galán utilizaba casi exclusivamente ropa⁶⁰¹; y Sherwood y Vidal Galache y Vidal Galache utilizaban la modalidad de ingreso o la institución remitente del niño por la especificidad de la atención de las distintas instituciones madrileñas⁶⁰².

⁵⁹⁶ Para más información sobre la relevancia y características de estas dos muestras, ver capítulo 1, epígrafe 1.3.1.

⁵⁹⁷ Dado que la información sobre el nacimiento se consignaba en el Libro de Entradas, podemos disponer de toda esa información de las madres admitidas a la Maternidad, de la que no han podido disponer otros estudios, como por ejemplo RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.499.

⁵⁹⁸ ÁLVAREZ SANTALÓ, L. C.: “Un ensayo metodológico: posibilidades de evaluación del nivel de ilegitimidad de los expósitos a través de la valoración de su ajuar como exponente del grupo social de procedencia”, *Actas del I Congreso de Historia de Andalucía*, Córdoba, 1978.

⁵⁹⁹ TARIFA FERNÁNDEZ, A.: *Marginación, pobreza y mentalidad social en el Antiguo Régimen: Los niños expósitos de Úbeda (1665-1788)*, Universidad de Granada, Úbeda, 1994.

⁶⁰⁰ FERNÁNDEZ UGARTE: “Un aspecto de la historia social: Los expósitos en la Salamanca del siglo XVIII”, págs.109-111.

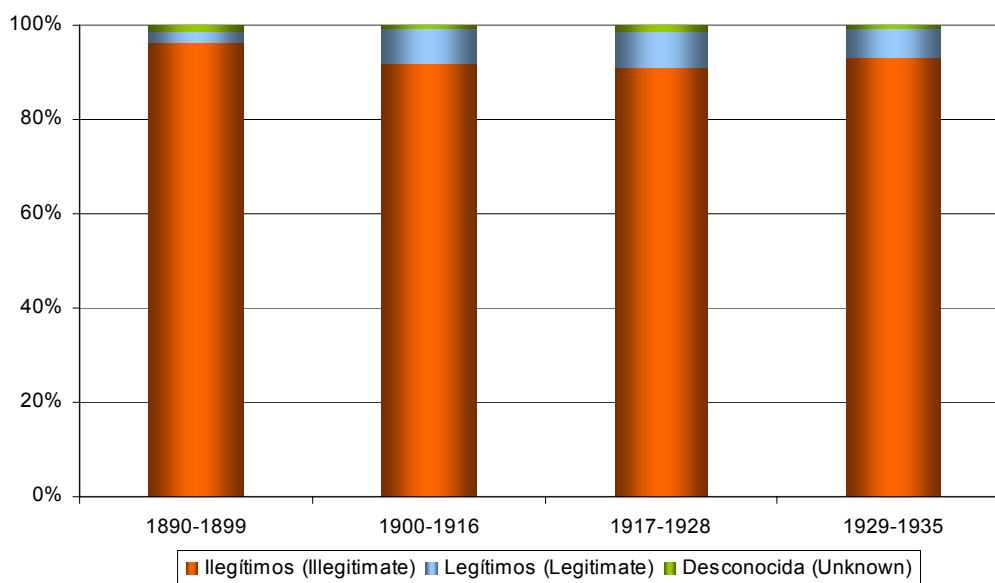
⁶⁰¹ DE LA FUENTE GALÁN: *Marginación y pobreza en la Granada de la segunda mitad del siglo XVIII. Los niños expósitos*, págs.246-247.

⁶⁰² Así, consideraba legítimos los niños procedentes del Hospital de la Pasión y aquellos que conservaban el nombre de los padres del grupo de los dejados en casa o abandonados directamente en la Inclusa. E

Las aproximaciones más fiables han utilizado los estados civiles de madres y padres⁶⁰³, que ha sido el método elegido por la disponibilidad en nuestro contexto de esa información en el 70% de los casos. Adicionalmente, un 10-20% adicional presentaba algún tipo de información sobre los padres, de modo que la cantidad de niños sin ningún tipo de información era relativamente reducida, comparada con otras instituciones similares⁶⁰⁴.

Gráfico 5.9. Distribución de los abandonos regulares a través de Maternidad según legitimidad.

[Graph 5.9. Distribution of regular abandonments admitted through the Maternity Hospital by legitimacy].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

El procedimiento de imputación de esta ilegitimad ha seguido tres pasos⁶⁰⁵: una imputación inicial en función de la combinación de estados civiles (ver tabla B.1 del Anexo para detalles) similar a la realizada en otros contextos⁶⁰⁶; una segunda fase basada en la coincidencia de apellidos entre madres e hijos (ver tabla B.2 del anexo para detalles); y, una tercera fase de comprobación de la validez del sistema a través de la

incluía dentro de la categoría de ilegítimos aquellos procedentes de los Desamparados, la Hermandad del Pecado Mortal, del Refugio o de la Galera, ya que generalmente eran hijos de prostitutas, vagabundas o mujeres solteras.

⁶⁰³ Entre otros: TORRUBIA BALAGUÉ: *Marginación y pobreza. Expósitos en Salamanca (1794-1825)*, pág. RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: “Una estrategia de supervivencia familiar en Barcelona, en la segunda mitad del siglo XIX”, comunicación presentada en el *Congreso Familia y organización social en Europa y América, siglos XV-XX*, Murcia-Albacete, 12-14 diciembre, 2007; y VALVERDE LAMSFUS: “Legitimidad e ilegitimidad. Evolución de las modalidades de ingreso en la Inclusa de Pamplona, 1740-1934”.

⁶⁰⁴ La identidad de los padres presenta tan solo entre un 10 y un 20% de datos perdidos mientras que el estado civil de los padres se desconoce entre un 20 y 40% a lo largo del tiempo.

⁶⁰⁵ Una primera versión de esta metodología puede verse en: REVUELTA EUGERCIOS, B. A., VILLUENDAS HIJOSA, B., y DEIANA, F.: “La legitimidad de los niños abandonados en la Inclusa de Madrid durante el primer tercio del siglo XX”, comunicación presentada en el *VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica (ADEH)*, Maó (Menorca), 31 de mayo, 1 y 2 de junio, 2007.

⁶⁰⁶ FUCHS: *Abandoned Children*, págs. 60-69.

comprobación del estado civil listado de una serie de mujeres elegidas con su información padronal (ver tabla B.3 del anexo para detalles). Este proceso ha sido muy exitoso y el grado de fiabilidad obtenido ha permitido obtener estimaciones no solo para los casos de Maternidad, que se han referido a continuación, sino también para los niños admitidos a través de Otros Orígenes, de los que hemos tratado en el epígrafe siguiente. Menos del 35% el número de casos han quedado sin imputación de legitimidad. Para el caso de la Casa de Maternidad, sin embargo, dada la gran riqueza de datos, el porcentaje es de menos del 1%.

La evolución de la composición por filiación de los niños abandonados a través de la Casa de Maternidad se puede ver en el gráfico 5.9. Así vemos que la proporción de abandonos por Maternidad de origen legítimo fue muy reducida a lo largo del tiempo (un máximo del 8%) y, si cabe, disminuyó en el periodo final (hasta 6%). Se aprecian diferencias entre la Inclusa y otras instituciones similares españolas por la presencia de una importante cantidad de mujeres casadas⁶⁰⁷. Lógicamente, dada la magnitud de las diferencias, éstas eran estadísticamente significativas.

La utilización de la Casa de Maternidad para parto y abandono era una práctica fundamentalmente desarrollada por mujeres solteras que podían hacer uso de varios servicios al acudir a la institución: empleo, alojamiento, atención médica. Podían vivir durante los últimos meses de embarazo en la institución con un sustento y cobijo asegurado a cambio de trabajos compatibles con su estado (costura, entre ellos); no tenían que preocuparse por el lugar del parto y la atención del mismo, ya que el personal de la Casa de Maternidad las atendería; y podían permanecer en la Casa una serie de días después del embarazo hasta estar completamente restablecidas. Acudir a la Maternidad no debía ser un destino deseable. De hecho, las embarazadas solteras que podían evitarlo permanecían en sus hogares para dar a luz e incluso conservaban a sus hijos en la medida que sus circunstancias lo permitían. Las mujeres casadas, gracias al apoyo económico del marido y la estructura de hogar acompañante, no solían necesitar en su mayor parte todos estos servicios por lo que aquellas que finalmente hacían uso de este recurso probablemente se debían contar entre las más necesitadas o que habían experimentado una situación que las había abocado a este tipo de recurso.

ii. El origen de la madre

Dada la importancia de la migración en la dinámica demográfica de una gran ciudad como Madrid destacada en el capítulo 3, es de vital importancia conocer la naturaleza de las madres que recurrían a la admisión de sus hijos en la Inclusa. Afortunadamente, para el caso de la Maternidad, la riqueza del registro permite adentrarse en este análisis: a excepción del primer periodo, en el que esta información no era habitualmente consignada, se dispone de información sobre la naturaleza de las madres en del 90% de los casos en el periodo 1900-1928. Es importante señalar que, pese a tener el lugar de nacimiento de esas mujeres, no se dispone del tiempo de residencia en la ciudad por lo que nuestro análisis tiene limitaciones. La consideración exclusiva de la procedencia aglutina proyectos migratorios y momentos diferentes dentro de éstos: por ejemplo, las recién llegadas que quizá acudieron a la ciudad con

⁶⁰⁷ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.81; y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*.

intenciones precisamente de abandonar a sus hijos o aquellas que llevaban diez o veinte años residiendo en la ciudad.

Si se realiza un análisis de la distribución provincial de orígenes (ver mapa B.1 en anexo), Madrid ocupaba la primera posición (más del 20% de todas las madres procedían de la provincia de Madrid), seguida por las provincias de su alrededor, fundamentalmente Toledo y Guadalajara. Les seguían, con frecuencias ligeramente inferiores, Segovia y Ávila. Para obtener una imagen más estructural del reparto de procedencias se han agregado las procedencias en cinco grupos, para: la ciudad de Madrid, la provincia de Madrid, las provincias adyacentes (Toledo, Guadalajara, Ávila, Segovia y Cuenca), el resto de provincias y el grupo de casos sin origen registrado.

En el gráfico 5.10 se muestra que, pese a la superioridad de la provincia de Madrid, en cifras generales, la mayor parte de las madres que abandonaban niños en la Inclusa a través de la Maternidad procedían de las provincias alejadas del círculo próximo a Madrid (en un 50%). Las diferencias eran estadísticamente significativas. Los abandonos a manos de mujeres exclusivamente residiendo en la ciudad de Madrid rondaban el 10%. Esta distribución sugiere un uso mucho más intensivo del abandono por mujeres no nativas, que podría ser tomado como una evidencia de la capacidad atractora de la institución.

La falta de información sobre el tiempo de residencia nos previene de enunciar inferencias demasiado robustas pero se pueden extraer algunas conclusiones. En primer lugar, la composición mayoritariamente no nativa de las usuarias de la Maternidad habla de un importante grado de conocimiento por parte de las mujeres inmigrantes de las posibilidades que ofrecía la ciudad. Y, en segundo lugar, gran parte del abandono infantil madrileño se explica por la contribución de la población migrante, fuera ésta u otra la razón de su migración a la ciudad.

Entre las razones del recurso al abandono por parte de las mujeres inmigrantes, se pueden citar dos que sugieren una vulnerabilidad subyacente. Un primer nivel de propensión hacia la ilegitimidad. Es posible que esa vulnerabilidad de partida hiciera a las mujeres inmigrantes, en mayor medida que las nativas, iniciar relaciones sexuales antes del matrimonio para asegurar éste y que el contexto urbano facilitara la irresponsabilidad de los hombres. En un contexto de importante desequilibrio de sexos, la competencia era feroz y, todavía más si se trataba de establecer un matrimonio endógamo (dentro de su grupo cultural, regional), que es la forma generalmente preferida por los migrantes. Es posible que la capacidad del grupo familiar/social (si existía) de forzar al novio a formalizar el matrimonio pudiera ser muy reducida, o casi inexistente si éste no pertenecía al grupo cultural, explicando parte de estos nacimientos ilegítimos⁶⁰⁸. En un segundo nivel, es posible que, complementariamente o no, existiera una capacidad reducida de lidiar con el resultado de ese nacimiento ilegítimo por la falta de redes de apoyo. Para las parejas casadas, la vulnerabilidad se expresaría en la limitada red de apoyo, familiar y social, en su inscripción urbana que, ante una crisis relativamente menor para sus homólogos nativos, haría necesario el recurso al abandono. Para las solteras, esta capacidad sería todavía mucho más reducida.

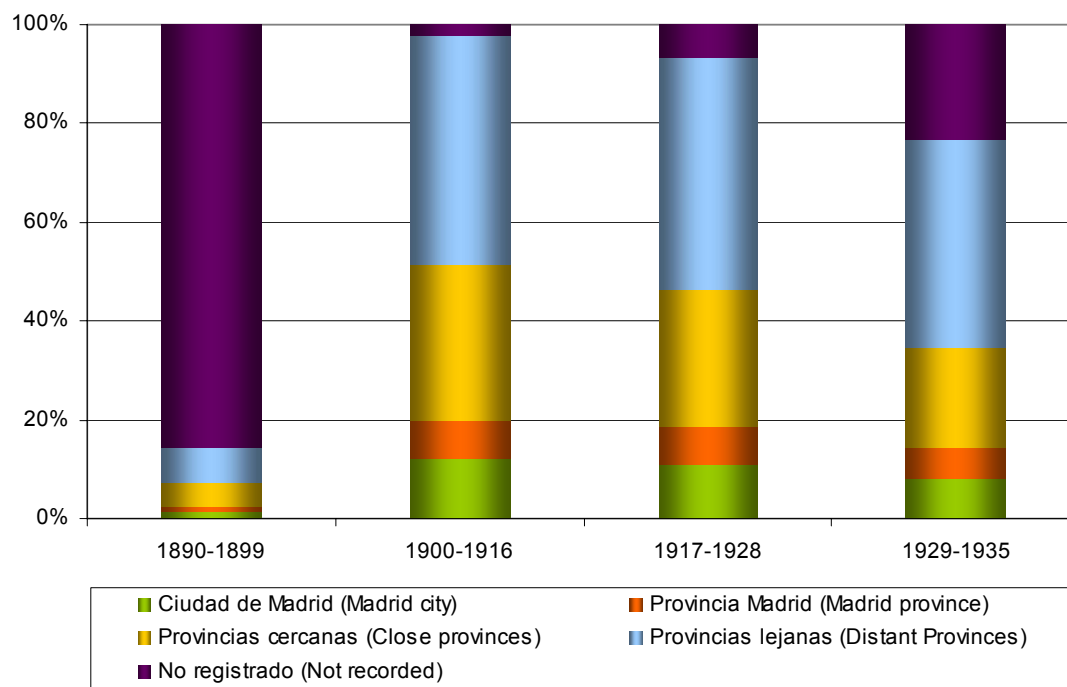
⁶⁰⁸ MORA SITJÀ: “La inmigración en Madrid a mediados del siglo XIX: una primera aproximación”.

La distribución regional de los orígenes maternos coincide plenamente con la dinámica migratoria de la ciudad de Madrid (ver epígrafe 3.2.4). Por un lado, vemos el resultado de migraciones a corta distancia y de migraciones a larga distancia, enlazando con la distribución bimodal que Mora Sitjà encontraba al estudiar las distancias viajadas por los inmigrantes residiendo en Madrid a mediados del siglo XIX: una primera concentración alrededor de los 100 kms. y una segunda alrededor de los 450 kms. Estos dos tipos de migraciones se relacionaban con un menor y mayor estatus social, respectivamente, asociados al el coste respectivo del desplazamiento⁶⁰⁹.

Por otro lado, entre las provincias fuera del círculo adyacente a Madrid, existe una primacía de las provincias septentrionales en el recurso a la Inclusa. Esta distribución coincide completamente con el patrón de feminización de la migración de las provincias del norte de España que se ha relacionado con la preferencia de las clases altas por la servidumbre de esas procedencias⁶¹⁰.

Gráfico 5.10. Distribución de los abandonos regulares a través de Maternidad según el origen de la madre.

[Graph 5.10. Distribution of regular abandonments admitted through the Maternity Hospital by mother's origin].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

iii. La edad de la madre

La edad de la madre puede informarnos sobre las características y la intencionalidad del abandono ya que existe una relación bastante fuerte entre la edad de

⁶⁰⁹ Ibid. Se trata de un fenómeno extendido en la migración urbana europea. Como ejemplo, se puede ver BOURDIEU, J. et al.: "Migrations et transmissions inter-générationnelles dans la France du XIXe et du début du XXe siècle" en *Annales. Histoire, Sciences Sociales* n° 5, 2000.

⁶¹⁰ CARBALLO BARRAL: "Los orígenes del Moderno Madrid: El Ensanche Este (1860-1878)", pág.167.

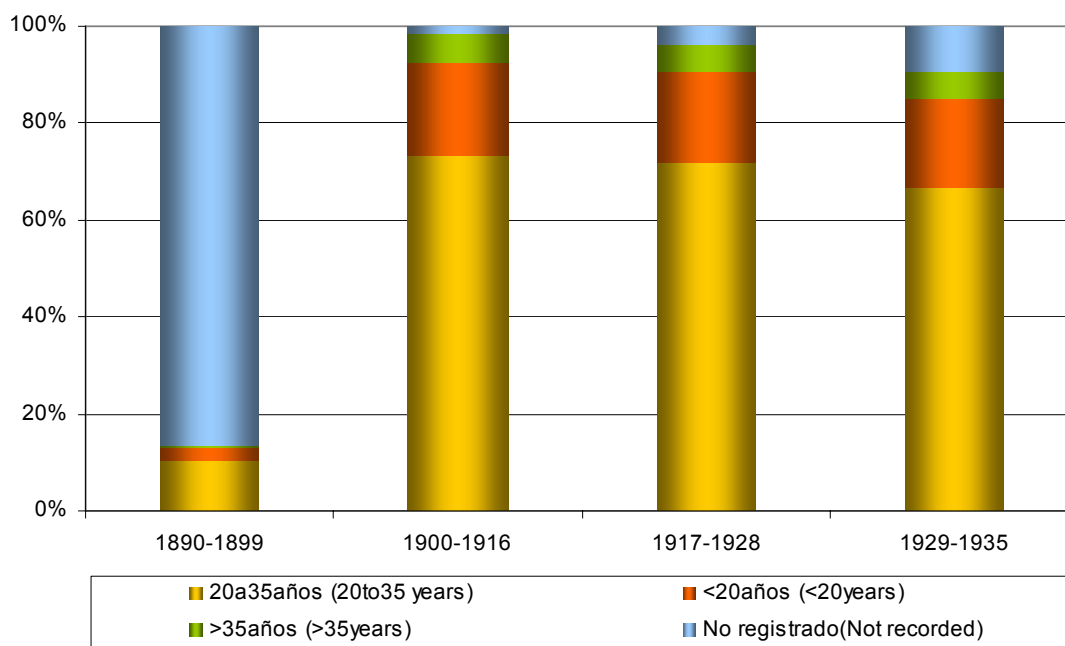
la madre y la paridad del nacimiento. Aunque no son intercambiables, la paridad 1 suele corresponder generalmente a madres más jóvenes mientras que el parto de la madre a edades más avanzadas generalmente suele ser de un orden superior.

Dado el importante número de abandonos a través de Maternidad de filiación ilegítima, sería lógico pensar que muchos de ellos podían tener el orden de nacimiento 1, siguiendo la explicación que asocia la ilegitimidad al principio de la vida reproductiva de las mujeres, como parte del ciclo vital⁶¹¹. Así, sería esperable encontrar muchos nacimientos de mujeres jóvenes.

Podemos encontrar evidencias que sugieren esta situación en la comparación de la edad a la maternidad de las mujeres que daban a luz en la Casa de Maternidad con las que daban a luz en domicilios en la ciudad. Si la edad de máxima intensidad de la maternidad estaba en el rango 25-29 años para las mujeres de la ciudad de Madrid, vemos que la edad media de las mujeres abandonando en la Inclusa era menor, encontrándose la máxima elevación en el rango 20-24 años (ver gráfico B.1 del Anexo). De hecho, si se analiza los nacimientos en Maternidad por filiación, se puede ver que ese patrón temprano corresponde fundamentalmente a los nacimientos ilegítimos mientras que el mayor número de madres de hijos legítimos se encontraba en el rango 25-35. Estas diferencias eran estadísticamente significativas.

Gráfico 5.11. Distribución de los abandonos regulares a través de Maternidad según edad de la madre.

[Graph 5.11. Distribution of children admitted through the Maternity Hospital by mother's age].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Además de la edad a la que se producía la mayor proporción de los nacimientos natalidad, es importante fijarse en los extremos de la distribución porque pueden hablar de recursos diferenciales a la institución. Es posible que madres muy jóvenes estuvieran

⁶¹¹ BRÄNDSTRÖM: "Illegitimacy and Lone-Parenthood in XIXth Century Sweden".

haciendo uso del abandono definitivo fruto de una situación crítica para ellas pero también es posible que mujeres de mayor edad podían utilizar el recurso a la Inclusa como medio de limitación del tamaño familiar: abandonando al último en nacer, que ya no tenía cabida en el grupo –y la economía– familiar.

Para examinar estos grupos con detenimiento, el gráfico 5.11 ofrece la clasificación de los nacimientos en función de grandes grupos de edad. La imagen no es muy distinta, ofreciendo gran estabilidad a lo largo del periodo: predominio de madres entre los 20 y los 35 años (a excepción del primer periodo, en el que el número de casos no registrados no permite el análisis). El recurso por madres jóvenes (menores de 20 años) era casi el doble que el de las madres mayores (mayores de 35) lo que concuerda con la distribución de ilegitimidad ya que los nacimientos de mujeres de edades más altas tenían a ser legítimos (salvo en el caso de viudas, generalmente).

En resumen, a lo largo de todo nuestro periodo vemos que, consistentemente, el recurso al abandono en la Maternidad era una opción que tomaban las madres solteras, jóvenes, posiblemente primíparas y, procedentes de las provincias alejadas de Madrid. Se trata de un tipo de información que aunque, general, no se había podido extraer en otros lugares y nos informa de las características tan específicas que el recurso en la Maternidad tenía frente a aquellas que abandonaban a través de otras modalidades.

B. Otras características familiares: las madres abandonando en 1915-1916

A partir de 1910, los certificados de Maternidad incrementaron la cantidad de información consignada, añadiéndose más datos sobre la profesión, residencia y nivel de alfabetización. Estos datos, no obstante, no se incorporaron a los libros de entradas, nuestra fuente primordial, que mantuvieron la misma información durante décadas. Por lo tanto, se ha consultado una muestra de los Expedientes Personales (donde se incluía el certificado de Maternidad) para poder profundizar en las circunstancias adicionales que caracterizaban a estas madres.

Los rasgos generales de las mujeres dando a luz en 1915 y 1916 (los años de la muestra exhaustiva) eran muy similares a las que hemos descrito para el periodo 1900-1917 por lo que creemos que la información que hemos derivado de ellas puede inferirse para todo el periodo. Sólo se encuentra un ligero incremento del número de niños legítimos (llegó hasta el 8%) acompañado de un también ligero incremento en la cantidad de hijos de nativas de la ciudad (hasta el 17%).

De hecho, dado que no hubo cambios radicales desde 1900 a 1935 (en el periodo 1890 la falta de casos hace difícil describir estructuras) es posible que las características de las madres de todo el periodo no fueran muy distintas de las de 1915-1916. No obstante, el hecho de que hayamos encontrado similitudes en estas tres características (legitimidad, origen y edad de la madre) no significa necesariamente que esas similitudes deban extenderse al lugar de residencia, profesión y alfabetización de las madres. Aunque, finalmente, parece improbable que se experimentaran grandes cambios en esas características manteniéndose los otros inalterados por lo que creemos que es aceptable extender esta información a todo el periodo, con la debida cautela.

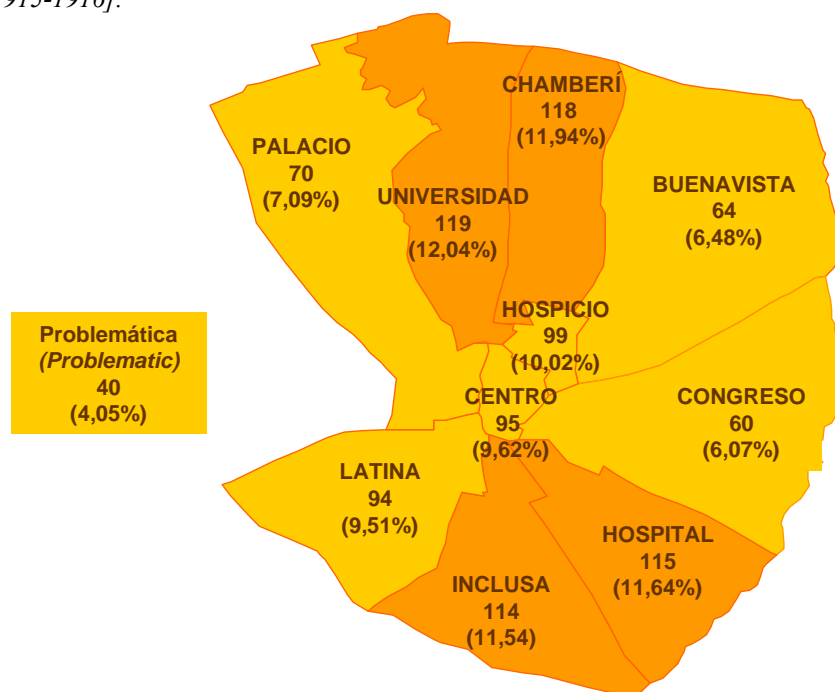
i. El lugar de residencia de la madre

Un 20% de las mujeres que dieron a luz y, consecutivamente, abandonaron a su hijo en la Casa de Maternidad declaraba su residencia habitual en un pueblo de la provincia de Madrid, aportando evidencias a favor de la capacidad atractora de las instituciones de beneficencia de la ciudad sobre su *hinterland*. Aunque esta característica ha hecho que, en la siguiente fase de nuestra investigación, no hayamos podido acceder a su información padronal, tiene la ventaja de permitirnos utilizar esta información para establecer sub-grupos en el recurso a la Maternidad. Claramente, aquellas que residían en pueblos probablemente eran responsables en su mayor parte de abandonos definitivos mientras que entre las mujeres residentes en la ciudad sería esperable encontrar todo tipo de situaciones.

Entre aquellas que residían en la ciudad de Madrid, su distrito de residencia nos permite estudiar su distribución en el panorama urbano. El análisis del mapa 5.1 sugiere la existencia de una cierta concentración en algunos barrios como, Hospital e Inclusa. Esta asociación sugiere la existencia de una concentración de este tipo de recurso en los barrios más desaventajados económicamente. También se encuentra entre los mayoritarios el de Universidad que quizá puede estar relacionado con el importante número de sirvientas de ese distrito.

Mapa 5.1. Distrito de residencia declarado por las mujeres que dieron a luz en la Maternidad y abandonaron a sus hijos en 1915-1916.

[Map 5.1. Declared district of residence by women delivering and abandoning children at the Maternity Hospital in 1915-1916].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Si la distribución de los distritos en los que residían las usuarias de la Maternidad no era homogénea, tampoco lo era el lugar específico en ellos en el que residían. En el caso de

Madrid se ha encontrado la misma tendencia a la concentración de las usuarias de la Maternidad en determinadas calles e incluso viviendas que en otros lugares, como por ejemplo, Lyon⁶¹².

La presencia de un número importante de residencias en un reducido número de calles sugiere una tendencia a la concentración pero el fenómeno no se restringe a esa situación. Existen 30 direcciones reportadas por más de una mujer que, conjuntamente suponen el 7% de todos los casos (en 1915 y 1916). En un caso hasta 6 mujeres reportaron la misma vivienda de residencia (Calle del Espíritu Santo número 34, bajo). Aunque, en viviendas reportadas en más de una ocasión, lo más común era que apareciera como residencia de sólo dos o tres. En esos casos, generalmente, cuando se realizó la búsqueda en el padrón, ninguna de ellas fue encontrada en la vivienda.

Esta situación puede ser explicada de dos maneras que no son necesariamente excluyentes. Por un lado, siguiendo a Brunet y Piñol, era probable que hubiera casas de huéspedes específicamente destinadas a mujeres embarazadas es decir, lugares donde los dueños no objetaban a la inmoralidad que suponía alojar a una mujer soltera, joven y embarazada. Por tanto, la situación de embarazo ilegítimo las llevaba a ese tipo de residencia, desde la que el paso lógico siguiente era la admisión en Maternidad⁶¹³. Por otro lado, es posible que la asociación entre la admisión y el lugar de residencia fuera el contrario: gracias al conocimiento popular en el vecindario de otras mujeres que habían “solucionado” sus problemas acudiendo a la Casa de Maternidad, otras mujeres se veían empujadas o animadas a llevar a cabo el mismo tipo de recurso.

ii. La ocupación de la madre

Poder analizar las profesiones declaradas por las madres es un paso muy importante porque, generalmente, dada la ausencia de datos, se asume un predominio de mujeres empleadas en el sector doméstico entre aquellas dando a luz a un mayor número de niños ilegítimos y, por tanto, abandonándolos. No obstante, no se trata de un hecho encontrado universalmente⁶¹⁴. En algunos contextos, se ha mostrado que las probabilidades de dar a luz un hijo ilegítimo no eran distintas entre distintas ocupaciones en el ámbito urbano por lo que es importante poder comprobar este punto. Además, como ya hemos mencionado que un importante número de mujeres reportaban una residencia rural, es importante tener en cuenta las diferencias que ese factor podría producir. Para ello, hemos clasificado las profesiones en la tabla 5.2, de dónde podemos extraer una serie de conclusiones:

En primer lugar, si se comparan las cifras totales de ocupación de las mujeres recurriendo a la Inclusa con los de la ciudad, se aprecia un patrón de participación en el mercado laboral radicalmente distinto de la imagen femenina general. Más del 80% de

⁶¹² BRUNET, G. y PINOL, J.-L.: “Vulnerable and unsteady: life histories and changes of residence of unwed mothers in Lyon at the end of the nineteenth century” en *Continuity and Change* nº 25 (2), 2010, págs.270-271.

⁶¹³ Ibid., págs.272-273.

⁶¹⁴ Los trabajos que han utilizado expedientes de recuperación reportan algunas profesiones, entre las más bajas de la pirámide social, pero en general pertenecen al marido de las mujeres que recuperan sus hijos por lo que no son realmente comparables con los de las propias mujeres en el momento de realizar el recurso a la Casa de Maternidad.

las mujeres reportaba algún tipo de ocupación, mientras que en la ciudad la tasa femenina de ocupación era del 20%. Entre las ocupaciones, no obstante, el patrón sí seguía el de la ciudad: casi el 80% de las mujeres ocupadas describía su ocupación como sirvienta. El otro gran grupo eran las mujeres en el negocio de la confección que representaba el 8.54% de las dedicaciones y el 10% entre aquellas ocupadas.

En segundo lugar, pese a que se extraiga esa imagen de las cifras generales, si dividimos el análisis entre las residentes en la ciudad y en pueblos, se ven diferencias importantes. El patrón general está determinado por el de las mujeres residentes en la ciudad que tenían una distribución ocupacional muy distinta de la de las residentes en áreas rurales. La ocupación predominante de estas últimas era “sus labores” con casi el 50%, seguido de aquellas empleadas en el servicio doméstico, que sólo alcanzaban el 34% y, finalmente, un grupo de mujeres que se clasificaban como jornaleras o en el oficio de la costura.

Tabla 5.2. Dedicación declarada por las mujeres dando a luz en la Maternidad y abandonando a sus hijos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.

[Table 5.2. Declared professional occupation of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address].

	Completa (Complete)	Parcial (Partial)	Pueblo (Village)	Ninguna (None)	Total
Sirvienta (<i>Servant</i>)	605 63,62%	11 61,11%	79 34,96%	1 16,67%	696 57,95%
Sus labores (<i>Home maker</i>)	177 18,61%	3 16,67%	107 47,35%	1 16,67%	288 23,98%
Asistenta (<i>External servant</i>)	28 2,94%	1 5,56%	1 0,44%	0 0,00%	30 2,5%
Otras domésticas (<i>Other domestic</i>)	13 1,37%	0 0,00%	2 0,88%	0 0,00%	15 1,25%
Dependiente (<i>Sales assistant</i>)	10 1,05%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	10 0,83%
Artista/música (<i>Artist/musician</i>)	2 0,21%	0 0,00%	0 0%	0 0,00%	2 0,17%
Confección y similar (<i>Clothes-making</i>)	85 8,94%	0 0,00%	15 6,64%	0 0,00%	100 8,33%
Por cuenta ajena (<i>Wage-earner</i>)	11 1,16%	0 0,00%	2 0,88%	0 0,00%	13 1,08%
Obrera (<i>Factory worker</i>)	9 0,95%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	9 0,75%
Jornalera (<i>Day laborer</i>)	2 0,21%	2 11,11%	13 5,75%	0 0,00%	17 1,42%
Educadoras (<i>Educators</i>)	5 0,53%	0 0,00%	1 0,44%	0 0,00%	6 0,5%
No reportado (<i>Not reported</i>)	4 0,42%	1 5,56%	6 2,65%	4 66,67%	15 1,25%
Total	951 100%	18 100%	226 100%	6 100%	1201 100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Esta diferencia sugiere que, mientras entre las residentes en la ciudad, la mayor parte de las mujeres que abandonaban niños desarrollaban un empleo y, en gran medida muchas de ellas ganaban su propio sustento, en aquellas residiendo en el campo, muchas vivían en hogares donde no tenían que enfrentarse al trabajo remunerado exterior⁶¹⁵, ocupando,

⁶¹⁵ Esto no quiere decir que no trabajaran ya, probablemente, formaban parte de la actividad económica familiar (la agricultura) e incluso realizaban distintas tareas productivas, quizá dentro del trabajo a domicilio.

posiblemente el papel de hijas y hermanas. Un análisis de las variables tratadas con anterioridad muestra que la especificidad del recurso de las mujeres residentes en pueblos se revelaba en un par de particularidades más: lógicamente, su origen predominante era en las provincias aledañas y, sobre todo en la propia provincia de Madrid; y existía un mayor porcentaje de mujeres menores de 20 años. No obstante, el porcentaje de casos ilegítimos era muy similar.

Estos casos, por tanto, insisten en apuntar hacia ese patrón de atracción a la ciudad: mujeres jóvenes acudirían a la ciudad para aprovechar la oferta institucional y abandonar sus hijos para esconder la vergüenza del nacimiento ilegítimo y poder volver a sus pueblos de origen para seguir con sus vidas.

iii. Alfabetización

De 1900 a 1930 la tasa de alfabetización femenina creció del 44 al 63% en España pero en Madrid, dada la concentración de instituciones universitarias y disponibilidad de escuelas, ya en 1900 rondaba el 66%⁶¹⁶. Si el recurso a la Inclusa se producía por las clases populares y, en gran medida, por mujeres provenientes originariamente de los pueblos de alrededor de Madrid, sería esperable encontrar una menor tasa que la general. En la tabla 5.3 se ha presentado esta característica en función de la información que se reportaba en el expediente de Maternidad: “Sabe firmar” o “No sabe firmar”.

En general, se observa una tasa de alfabetización menor que la de la ciudad (rondando el 50%) y se observa que la diferencia entre mujeres residentes en pueblos y en la capital no era muy importante: sólo una mínima superioridad de mujeres alfabetizadas residiendo en la ciudad que, dado el reducido volumen de la muestra, no permite inferir una diferencia evidente en la población real. Aunque se podría hipotetizar que un mayor nivel de pobreza, asociado con menor alfabetización, podría ser responsable de un mayor número de abandonos, el nivel educativo (si se mide a través de la alfabetización) no parece haber sido un factor asociado a la toma de decisión del abandono.

Tabla 5.3. Alfabetización declarada por las mujeres dando a luz en la Maternidad y abandonando a sus hijos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.

[Table 5.3. Declared literacy of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address].

	Completa (Complete)	Parcial (Partial)	Pueblo (Village)	Ninguna (None)	Total
No sabe firmar	439	9	107	1	556
<i>(Doesn't know how to sign)</i>	46,16%	50,00%	47,35%	16,67%	46,29%
Sabe firmar	444	6	102	1	553
<i>(Knows how to sign)</i>	46,69%	33,33%	45,13%	16,67%	46,04%
No registrado	68	3	17	4	92
<i>(Not recorded)</i>	7,15%	16,67%	7,52%	66,67%	7,66%
Total	951	18	226	6	1201
	100%	100%	100%	100%	100%

⁶¹⁶ MONTOLIÚ CAMPS, P.: *Madrid, 1900*, Sílex, Madrid, 1994, pág.166; t CAPEL MARTÍNEZ, R. M.: “Mujer y educación en el reinado de Alfonso XIII: análisis cuantitativo” en *Cuadernos de Historia Moderna y Contemporánea* nº 2, 1981, págs.234-235 y 246-247.

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

C. Las madres estables: estructura de hogar de las madres encontradas en el padrón de 1915

El porcentaje de enlace de las madres que abandonaron niños en Maternidad en 1915 y 1916 fue muy reducido y cuando se excluyen los abandonos técnicos, se reduce al 14,65% (142 madres). Por tanto, es importante hacer notar la estructura familiar estudiada corresponde a un grupo muy reducido de madres y seleccionado por nivel de estabilidad. No obstante, dado que el criterio de inclusión de estas mujeres ha sido la referencia a la dirección dada en la Maternidad, la inferencia es más informativa de las usuarias de Maternidad que la que podríamos obtener si la información proviniera de la recuperación.

Tabla 5.4. Relación con el cabeza de familia y tamaño del hogar de las mujeres que dieron a la luz en 1915-1916 en la Maternidad y que han sido encontradas en el padrón de 1915.

[Table 5.4. Relationship to head of household and household size of mothers giving birth in the Maternity Hospital in 1915-1916 that had been found in the 1915 listing of inhabitants].

Relación con cabeza de familia <i>(Relationship to head of household)</i>	Frecuencias y porcentajes <i>(Frequencies & percentages)</i>	Tamaño de hogar <i>(Household size)</i>	Frecuencias y porcentajes <i>(Frequencies & percentages)</i>
Cabeza de familia <i>(Head of household)</i>	6 4,11%	1-3miembros <i>(1-3 members)</i>	67 47,18%
Compañía <i>(Company)</i>	9 6,16%	4-6 miembros <i>(4-6 members)</i>	59 41,55%
Criada <i>(Servant)</i>	28 19,18%	>6 miembros <i>(>6 members)</i>	16 11,27%
Otro familia <i>(Other relative)</i>	9 6,16%	Total	142 100%
Hermana <i>(Sister)</i>	5 3,42%		
Hija <i>(Daughter)</i>	51 34,93%		
Huésped <i>(Guest)</i>	5 3,42%		
No registrado <i>(Not recorded)</i>	8 5,48%		
Esposa <i>(Wife)</i>	21 14,38%		
No familia <i>(Not relative)</i>	4 2,74%		
Total	146 100%		

Fuente: ARCM y Padrón de Madrid de 1915. Elaboración propia.
[Source: ARCM and 1915 listing of inhabitants. Own elaboration].

Al hablar de mujeres “estables” nos hemos referido a aquellas cuya hoja padronal fue encontrada en la dirección reportada en el expediente de Maternidad, es decir, si habían residido en esa dirección durante el año anterior o posterior al abandono. En el caso de los abandonos en 1915, se ha comprobado si la mujer seguía viviendo en la dirección al final del año y, en el caso de los abandonos en 1916, si la mujer ya vivía

en 1915 en la dirección que reportaba en el momento del abandono. Aunque se puede pensar que el nivel de enlace sería muy distinto ya que la movilidad/estabilidad de la mujer antes y después del parto podría ser distinta, nuestro análisis ha revelado características y porcentajes de enlace muy similares en ambos años por lo que podemos tomar todas estas mujeres conjuntamente.

La gran movilidad de las clases populares y, sobre todo, de las mujeres que daban a luz a hijos ilegítimos ha sido reiteradamente puesta a la luz por la literatura previa. Brunet y Piñol han rastreado los movimientos de las mujeres solteras que daban a luz en la *Maternité* de Lyon a través de las direcciones reportadas en sucesivos partos, señalando la tendencia generalizada al cambio de domicilio de unos a otros⁶¹⁷. En nuestro caso, carecemos de la información adecuada para replicar sus análisis (ya que no podemos contar con la trayectoria reproductiva de esas madres) pero el simple hecho de que sólo un 20% de ellas permaneciera en el domicilio reportado o siguiera en el domicilio reportado el año anterior nos habla de una intensidad de la movilidad interurbana (e incluso de emigración de vuelta) bastante elevada. Entre estas mujeres, incluso sería posible que un recurso puntual a la Maternidad (y por tanto, una corta residencia en la ciudad) no llegara a verse reflejado en una inscripción padronal.

Frente a ese colectivo móvil y, potencialmente vulnerable, el subconjunto de mujeres encontradas muestra una sobre-representación de las características que precisamente subrayan esta estabilidad: en cuanto a la filiación, había un mayor número de casos legítimos; por su origen, más del 40% de las encontradas eran nativas de la ciudad; el rango de edades no variaba sensiblemente aunque había un mayor porcentaje de mujeres mayores de 35 años; en cuanto a su ocupación, las sirvientas sólo suponían el 40,13% (mientras para el total de la Maternidad eran el 67,69%) y las que reportaban sus labores como ocupación eran el 37,32% (frente al 15,35% en el total); residencialmente, había un predominio de mujeres encontradas en barrios más acomodados, como Buenavista y Universidad (más del 15% en cada uno de ellos) que, además, coincidían con aquellos que presentaban una tasa de enlace mayor (cercana al 20%) frente a otros distritos más pobres y, con mayor movilidad residencial, como Hospicio o Latina (alrededor del 10%). Existían claras diferencias significativas entre madres “estables” y “no estables” para todas esas características.

Dadas estas características de partida, no es sorprendente que la estructura familiar que muestran este tipo de mujeres sugiera un predominio de estructuras familiares más o menos grandes. En la tabla 5.4 hemos recogido la distribución de mujeres en función de la posición en la familia y del tamaño del hogar. La mayor proporción (34,93%) de mujeres eran hijas del cabeza de familia, seguidas de las criadas (19,18%) y, en tercer lugar, las esposas (14,38%). Así, los casos en los que la mujer era parte del grupo familiar ascendían al 63%, sustentando sobre la base de la presencia familiar nuestra afirmación sobre la estabilidad. Es sorprendente que, pese a la estabilidad que sugieren las posiciones de hijas y esposas, también se encuentren algunas criadas, sugiriendo una cierta aceptación de su situación en el hogar en el que residían.

En cuanto al tamaño del hogar, predominaban los hogares reducidos, de 1 a 3 miembros seguidos de los de 4 a 6, lo que sugiere que, pese a que el apoyo familiar era

⁶¹⁷ BRUNET y PINOL: “Vulnerable and unsteady: life histories and changes of residence of unwed mothers in Lyon at the end of the nineteenth century”, pag.282.

importante, al menos en la mitad de los casos, la red familiar inmediata no era muy grande. No obstante, en estos dos aspectos, la limitada muestra de la que disponemos no nos permite realizar inferencias mucho más extensas y sólo podemos encontrar elementos que respaldan nuestras afirmaciones sobre la necesaria mayor estabilidad de algunos de los grupos que recurrían a la Inclusa.

5.2.1.3. Los abandonos técnicos: similitudes y diferencias

Hasta este momento, hemos discutido exclusivamente las características de los abandonos regulares, excluyendo deliberadamente aquellos que representaban usos técnicos de la institución dado que nuestro interés prioritario en este trabajo es el análisis del abandono infantil. En aras de completar la imagen del recurso a la Inclusa, hemos descrito brevemente las características de este grupo (identificado como aquellos nacidos en Maternidad y recuperados antes de los 21 días de vida) para entender su contribución a las admisiones anuales. Esta descripción, además, nos permite saber en qué dirección encontraríamos el sesgo si la proporción de casos técnicos no descubiertos (por defunción de la madre o el hijo) fuera sustantiva. No obstante, este análisis es sólo orientativo porque implica una división basada sólo en el evento final por lo que, en el marco de estudio de las recuperaciones, en el capítulo 7, hemos profundizado sobre su significado, medida y determinantes de una manera más detallada (ver sección 7.3.2.1). Al analizar los casos técnicos exclusivamente, debemos concentrarnos en el periodo 1890-1917, que es el que experimentó una importante contribución de este tipo de casos. Dado el reducido número de casos después de 1917, el análisis cuantitativo no es fiable ya que se corre el riesgo de inferir tendencias de oscilaciones puntuales. A continuación hemos resumido una breve imagen de las diferencias y semejanzas que se pueden establecer con las circunstancias y características de los abandonos regulares.

Los abandonos técnicos que hemos identificados como tales eran legítimos en una mayor proporción: llegaron a alcanzar el 21% en el periodo 1900-1916 y, en el ejercicio de enlace de la muestra de 1915-1916, el porcentaje de mujeres con hijos legítimos encontrados llegó hasta el 42%. Esta sobre-representación legítima, por tanto, puede ser tomada preliminarmente como un indicador de la mayor estabilidad de las mujeres que hacían uso del recurso a la Casa de Maternidad por razones médicas, con respecto a la media. Y, de hecho, posiblemente está relacionado con el mayor porcentaje de enlace de este grupo (22,30% para todos los técnicos frente al 14,65% de los abandonos regulares) (ver gráfico B.2 en el anexo).

En cuanto al origen de la madre y la edad de la madre, no hay grandes diferencias. La distribución de procedencias no difiere estructuralmente sensiblemente de la de los casos regulares, más que en una mayor proporción de mujeres nativas de la ciudad y en la aparición en el análisis de las provincias con mayores frecuencias de dos provincias inesperadas tras Toledo y Guadalajara: Lugo y Oviedo. La reducida muestra a dos años no nos permite hablar de una tendencia regular de recurso por las nativas de estos orígenes pero sí nos permite inferir que, al menos en esos años, las redes sociales de las inmigrantes de esos lugares debían tener una clara conciencia de este uso médico de la institución y lo habían difundido, provocando una sobre-representación de este colectivo. Los abandonos técnicos no presentaban ninguna particularidad en cuanto a la edad de la madre, con respecto a los demás (ver gráficos B.3-B.4 en el anexo).

La distribución de los lugares de residencia, sin embargo, era un elemento diferenciador. Por un lado, el origen de las madres era eminentemente urbano con menos de un 10% declarando una residencia rural, lo que apoya la importancia de las redes sociales urbanas en la difusión del conocimiento de las posibilidades de la institución que sugeríamos más arriba. En la época, parecería mucho más improbable que una mujer residente en un pueblo de la provincia viajara a Madrid a dar a luz y luego se marchara a su pueblo de nuevo aunque, es posible que los casos que recogemos provengan de los municipios aledaños, Chamartín de la Rosa o Vallecas, que estaban muy próximos a la ciudad. Por otro lado, entre aquellas residentes en la ciudad existía una importante concentración en los distritos de Hospital e Inclusa, los barrios más pobres (18 y 15%) de las mujeres que utilizan el recurso médico a la Casa de Maternidad mientras que barrios más acomodados (como Buenavista y Congreso) eran residencia de menos del 5% (ver mapa B.2 en el anexo).

Si consideramos la estabilidad de esas mujeres por distritos, la imagen sigue siendo distinta ya que las mayores tasas de enlace corresponden a los distritos más pobres: Inclusa y Latina pero, sorprendentemente, también Palacio, con casi el 30% de enlace. Esto sugiere una estabilidad mayor en mujeres de distritos pobres lo que precisamente apunta a la posibilidad de que las residentes en esos distritos fueran especialmente conscientes de los posibles usos de la Inclusa, lo que llevara a una utilización no sólo para los objetivos tradicionales sino también para el uso exclusivamente médico (tabla B.3 en el anexo).

En cuanto a la ocupación, el porcentaje de las dedicadas a sus labores era mayor que en los casos regulares, de forma que este grupo y el de las sirvientas contribuían cada una en un 40% de ellas a las dedicaciones (tabla B.4). Entre las mujeres encontradas en el padrón, las dedicadas a las labores domésticas suponían hasta el 55%, enlazando con la composición por legitimidad y la mayor estabilidad que sugerimos. En alfabetización hay diferencias con los casos regulares: aproximadamente la mitad de ellas reportaban saber firmar (tabla B.5 en el anexo).

Finalmente las características que podemos inferir sobre su estructura familiar también ofrecen un perfil ligeramente distinto. Un 71% de las situaciones implicaban algún tipo de relación de parentesco con el cabeza de familia pero la contribución de los distintos miembros era mayor: un 34% de las mujeres que recurrieron a la Maternidad exclusivamente para dar a luz eran la esposa del cabeza de familia, un 28% la hija y, en tercer lugar estaban aquellas que eran sirvientas, que sólo representaban un 8%. Y, aun cuando la distribución entre hogares formados por 1-6 individuos era similar, el número de mujeres residiendo en hogares con más de seis miembros era más elevada (tabla B.6 en el anexo).

5.2.2 LOS NIÑOS ABANDONADOS A TRAVÉS DE OTROS ORÍGENES

A pesar de que, aparentemente, el origen de Maternidad podría suponer una mayor homogeneidad entre los niños admitidos, el epígrafe anterior ha puesto al descubierto la heterogeneidad de situaciones que podían llevar a la admisión en la Maternidad. En el grupo que ocupa este epígrafe, no obstante, la heterogeneidad es aparente ya desde el primer momento, ya que los niños podían ser admitidos de distintas formas a la institución y eso podía implicar distintas circunstancias. El estudio conjunto

tiene, por tanto, el objetivo de ofrecer una visión coherente ya que la desaparición paulatina de orígenes específicos a partir de 1918 dificulta el análisis específico de las distintas modalidades de ingreso.

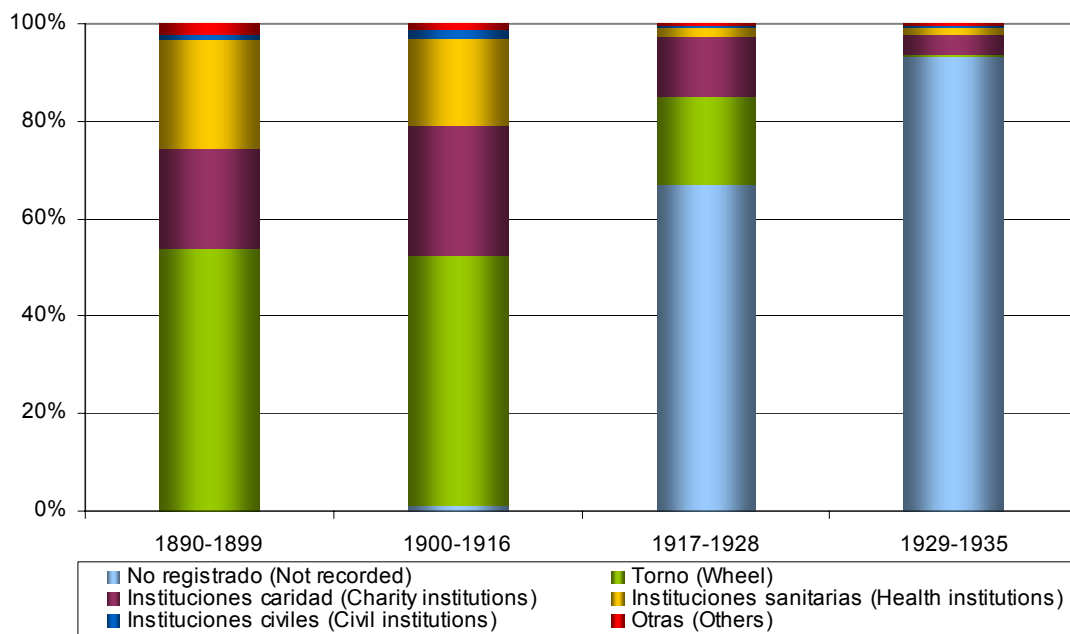
A diferencia del grupo anterior, la entrada anónima de muchos de los niños, fuera a través del torno o de otros sistemas, impide un análisis tan detallado como el que se ha podido realizar para los niños de Maternidad. Por tanto, el nivel de descripción e inferencia que podemos llevar a cabo ha sido mucho más limitado en cuanto a las características de las madres. No obstante, tiene el mismo nivel de profundidad en el caso de las características de partida de los niños. A continuación, después del análisis de los distintos procedimientos de ingreso, hemos repasado las características básicas de los expósitos y algunas de las ideas sobre las familias de pertenencia a través de la información recogida en la muestra de los expedientes.

5.2.2.1. Los distintos Orígenes

Como ya hemos insistido, no era lo mismo que se enviara un niño a la Inclusa procedente del hospital donde la madre había ingresado enferma, que hubiera sido depositado en el torno sin ninguna señal o que hubiera sido transmitido a través de las autoridades civiles de un pueblo de la provincia y hubiera acabado definitivamente en la Inclusa por la pobreza o muerte de sus padres.

Gráfico 5.12. Evolución de los grupos de orígenes para los niños admitidos a través de Otros Orígenes.

[Graph 5.12. Evolution of groups of origin for children admitted through Other Origins].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

La evolución de la modalidad de entrada, como se ha mostrado en el gráfico 5.6 y hemos representado sintéticamente aquí en el gráfico 5.12, estuvo marcada por el empeoramiento del registro que se produjo a partir de 1918. En el periodo anterior,

vemos que había una pre-eminencia del torno como origen, que suponía más del 50% de admisiones, seguido por las instituciones sanitarias y de caridad, que alteraron sus papeles entre el primer y el segundo periodo. Desde entonces, la ausencia de procedencias recogió dos procesos: por un lado, esconde parcialmente las entradas que con anterioridad se producían a través del torno; y, por otro, esconde también algunas de las otras procedencias minoritarias. Más del 60% de casos no tenían ninguna referencia a su origen y en el periodo final el número de niños para los que se describía algún origen era anecdótico. Claramente, las diferencias fueron significativas. Para ilustrar algunas de las particularidades de estas formas de recurso, a continuación hemos descrito brevemente las características más relevantes de algunos de ellos: por un lado la relación entre el torno y los casos sin procedencia y, por otro, los niños enviados de otras instituciones.

En primer lugar, es importante recordar una serie de aspectos sobre el torno. Aunque socialmente identificado con el abandono en la Inclusa, e incluso con los niños ilegítimos⁶¹⁸, el torno durante el siglo XX nunca llegó a representar más del 30% del total de los abandonos anuales. Esta cifra era ligeramente mayor que la de Pamplona o Barcelona, cuyas entradas a través de torno rondaron entre el 10 y el 20%⁶¹⁹. En otros lugares sin Maternidad llegaron a alcanzar más del 90%⁶²⁰. En esos casos, como ya hemos comentado con anterioridad, la existencia de provisiones variables en la aceptación oficial de hijos ilegítimos hacía variar sensiblemente las admisiones en función de la permisividad de éstas.

En el caso de Madrid, las oscilaciones que se observan a partir de 1917 responden a la trayectoria descrita en el capítulo 4. En septiembre de 1918, a consecuencia de la denuncia pública, el torno fue trasladado a una habitación interior y, en 1919, a consecuencia del abandono de un niño degollado, se ubicó en el zaguán de la institución donde permaneció hasta 1929 pese al traslado de la mayor parte de los niños al Asilo de San José a partir de 1919. Finalmente, en 1929, con el nuevo proyecto de Instituto Provincial de Puericultura se cerró el torno como institución, sustituyéndolo por una oficina receptora.

Como muestra el gráfico, el registro no recoge esos cambios de manera consistente. Dos razones pueden hipotetizarse como responsables de la falta de consistencia entre las cifras y la evolución real del torno. Por un lado, el papel que los abandonos del torno, equiparados con los “hijos del vicio”, tenían en el debate sobre la salud expósita pudo dirigir el registro selectivo para ilustrar peores o mejores orígenes de los niños. Por otro lado, es posible que el comportamiento errático del registro del torno sea responsabilidad de las hermanas encargadas de recolectar la información, que no fueron sistemáticas en su registro.

⁶¹⁸ La prensa contemporánea en la campaña de descrédito del torno y del abandono libre tomaba los datos de ingresos anuales por ingresos a través del torno y otras incorrecciones similares, como se muestra en algunos de los artículos de la década de los 20 recopilados por ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, pág.429.

⁶¹⁹ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.141 VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.93-97.

⁶²⁰ RODRÍGUEZ MARTÍN: “La inclusa de Pontevedra (1872-1903)”.

Se puede argumentar que esta falta de registro formó parte de una tendencia generalizada a la disminución de la precisión y detalle del registro ya que a la desaparición de la expresión “torno de la inclusa” de las procedencias, le siguió un sub-registro paralelo de las características maternas para los niños procedentes de Maternidad. Dada la ausencia de información sobre la causa de estos cambios en el registro, lo único que podemos concluir es que, independientemente de las razones por las que se produjo, este empeoramiento fue generalizado y llevó a que la categoría “no registrado” absorbiera prácticamente todas las procedencias. De hecho, pese a que desde su apertura en 1929, la Ofician Receptora fuera la única manera por la que los particulares podían abandonar niños, sólo 40 casos fueron registrados como admitidos a través de ese origen entre 1929-1935. En esos momentos, registrar la procedencia se había convertido en la excepción y no en la norma.

Tabla 5.5. Grupos de orígenes individualizados de los niños no admitidos a través de Maternidad.

[Table 5.5. Groups of origins of children not admitted through the Maternity Hospital].

Orígenes (Origins)	Total	%
No registrado (Not recorded)	9512	35,18
Asociados a la inclusa (Related to the Foundling Hospital)	9137	33,80
Torno (Wheel)	9097	33,65
Oficina (Office)	40	0,15
Instituciones sanitarias (Health institutions)	3170	11,73
Hospital (Hospital)	615	2,27
Sala de ginecología (Gynecology department)	87	0,32
Casa Socorro (Ambulatories)	18	0,07
Hospital San Carlos (San Carlos Hospital)	4	0,01
Hospital Jesús Nazareno (Jesús Nazareno Hospital)	66	0,24
Hospital San Juan (San Juan Hospital)	711	2,63
Hospital Clínico (Clínico Hospital)	1,640	6,07
Hospital de la Princesa (Princess Hospital)	29	0,11
Instituciones/autoridades civiles (civil institutions or authorities)	299	1,11
Gobierno Civil (Civil Government)	224	0,83
Diputación provincial (Provincial government)	14	0,05
Instituciones Provinciales (Other provincial institutions)	22	0,08
Juez Municipal (Municipal judge)	20	0,07
Registro Civil (Civil Registry)	17	0,06
Otras instituciones civiles (Other civil institutions)	2	0,01
Instituciones de caridad (Charity institutions)	4655	17,22
Asilos (Alms houses)	9	0,03
Otras instituciones religiosas (Other religious institutions)	13	0,05
Hermanidad de la Esperanza (Brotherhood of Hope)	183	0,68
Refugio (Refuge)	4450	16,46
Otras (Others)	267	0,99
Cárcel (Jail)	3	0,01
Calle (Street)	4	0,01
Pueblos (Villages)	260	0,96
Total	27035	100

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

En segundo lugar, es importante repasar brevemente el conjunto de niños que no eran enviados a través del torno. En general, ya no se recogían niños en la calle en ningún caso y, si alguno de los niños admitidos en la Inclusa había sido abandonado de

esa manera, generalmente no lo recogía la Inclusa sino otra institución (como el Refugio). Entre las decenas de instituciones que enviaban niños a la Inclusa podemos distinguir cuatro grandes grupos: instituciones sanitarias, de caridad y asociadas a lo judicial y administrativo. En la tabla 5.5 se han reproducido las más importantes. Como se puede apreciar, en la mayor parte de casos, una institución de cada tipo monopolizaba el envío de niños a la Inclusa.

En primer lugar, las instituciones de caridad de la ciudad representaban el segundo grupo de orígenes después del torno con el 17% de las admisiones pero la mayor parte de los abandonos procedían de una sola institución: el Refugio o La Santa y Real Hermandad del Refugio y Piedad de Madrid. Se trataba de una institución con gran tradición en la ciudad que, como muchas otras obras piadosas, había sido fundada por la caridad cristiana a principios del siglo XVII. Estaba compuesta por miembros de la nobleza madrileña que ofrecían ayuda a las clases humildes de Madrid para sortear crisis y sobrevivir a situaciones de necesidad, siempre lejos de los sectores marginales de la sociedad, como indigentes, prostitutas o criminales⁶²¹. Entre estas ayudas a los necesitados, estaban las ayudas a domicilio, con medicinas y aportaciones económicas y el cuidado de los niños abandonados por madres solteras o de padres vagabundos que se encargaban de hacer llegar a la Inclusa.

En segundo lugar, entre las instituciones sanitarias en la ciudad (que representaban el 11%), el Clínico fue uno de los lugares prioritarios, por las funciones de atención a parturientas y su proximidad geográfica a la Inclusa. El Clínico o el Hospital de San Carlos se originó en una fundación de 1846 que tenía el objetivo de establecer una serie de salas para las prácticas de Patología y Clínica en los sótanos del Hospital Provincial. Dadas las fricciones, el ala que ocupaban estas salas fue comprada en 1867 por el Ministerio de Fomento para que fuera independiente y, posteriormente, fue destinada totalmente al uso de la Facultad de Medicina. El Clínico se hallaba ubicado en la calle Atocha 104-106 pero, dada la limitación de sus instalaciones, durante el primer tercio del siglo XX se inició la discusión de un proyecto de traslado que finalmente acabó con su instalación en la huerta de la Moncloa (aunque su construcción no empezó hasta después de 1930)⁶²².

Finalmente, el número de admisiones a través de procedimientos administrativos que implicaban Diputaciones, jueces, párrocos y otras figuras de autoridad es bastante limitado y parece asociado casi exclusivamente con casos de orfandad o de profunda miseria que dejaba a los niños en manos de las instituciones civiles, que los transferían inmediatamente a la Inclusa.

5.2.2.2. Las características de los niños

Como en el caso de los niños admitidos a través de la Maternidad, el estudio de las características de los niños y del abandono nos ayuda a comprender las causas por las que fueron admitidos, por lo que en este epígrafe hemos revisado brevemente la distribución por edad de entrada, sexo y estación de nacimiento.

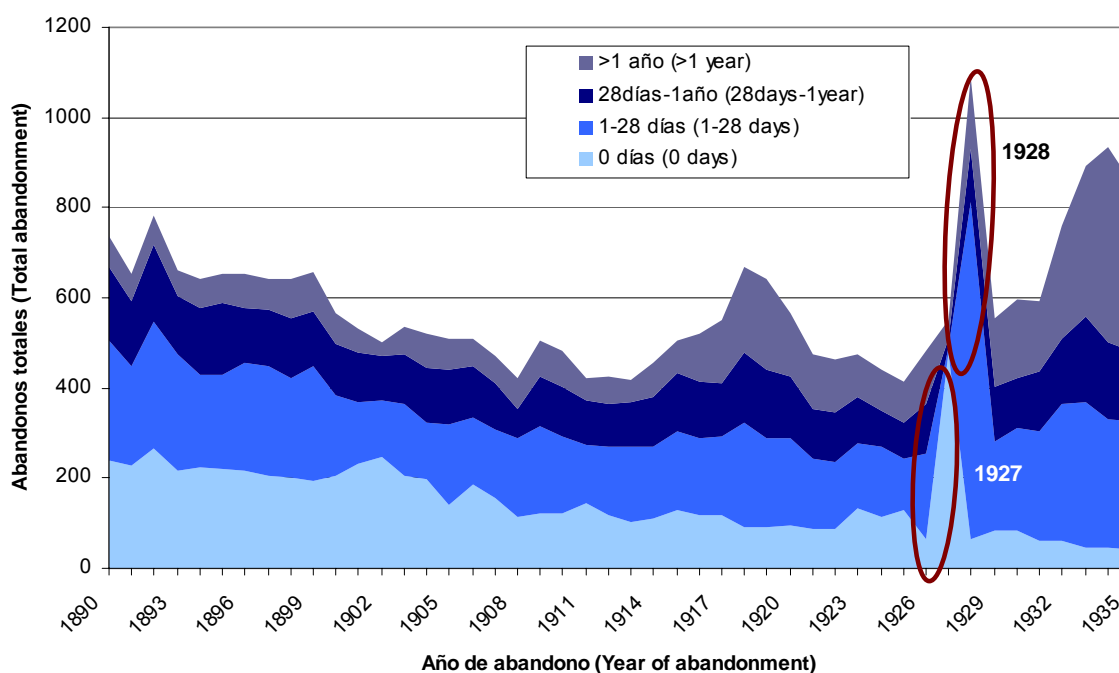
⁶²¹ CALLAHAM, W. J.: *La Santa y Real Hermandad del Refugio y Piedad en Madrid, 1618-1832*, Instituto de Estudios Madrileños, Madrid, 1980.

⁶²² ÁLVAREZ-SIERRA, J.: *Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, Madrid, 1952, pág.125.

La primera característica que hemos abordado ha sido la edad al abandono. A diferencia de lo que ocurría en los niños procedentes de la Maternidad, la edad de abandono sí es informativa de las circunstancias familiares que estaban detrás del abandono ya que aporta una información valiosa. En primer lugar, informa del momento preciso de la vida del niño (pero también de la madre) en que su presencia se convertía en un obstáculo para la supervivencia de la familia. En segundo lugar, puede arrojar luz sobre la intensidad de la crisis y la intencionalidad del abandono ya que cuanto mayor era un niño, mayor había sido la inversión económica y emocional de los padres en su crianza. Así, sería razonable hipotetizar una mayor reticencia a su abandono y/o disponibilidad a su recuperación. Y, en tercer lugar, se ha encontrado una importante asociación entre la edad al abandono y la filiación, de modo que los ilegítimos tendían a ser abandonados muy cerca del nacimiento frente a los legítimos, que sólo eran abandonados mucho más tarde⁶²³.

Gráfico 5.13. Distribución de admisiones anuales según la edad de entrada a través de Otros Orígenes.

[Graph 5.13. Distribution of annual admissions according to age at admission through Other Origins].



Nota: En 1927 y en 1928 hubo problemas en el registro que se han señalado (sobre-registro de niños con 0 días e inclusión de todos los niños de Maternidad en el recuento de Otros Orígenes por falta de declaración del origen Maternidad. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: In 1927 and 1928 registration problems have been highlighted (over-registration of children younger than 0 and introduction of all Maternity Hospital abandoned children with Other Origins for deficiencies in the Maternity Hospital registration. Source: ARCM. Own elaboration].

En el gráfico 5.13 se ha representado la evolución de las admisiones anuales en la Inclusa a través de Otros Orígenes según la edad de entrada. Al margen de los problemas de registro claros en 1927 (sobre-registro de niños de abandonados a los 0 días) y 1928 (provocado por la falta de registro del origen Maternidad, como ya hemos comentado) se puede ver un claro predominio del abandono de niños pequeños

⁶²³ MEZA, R. S.: "Orphans and Family Disintegration in Chile: The Mortality of Abandoned Children, 1750-1930" en *Journal of Family History* n° 16 (3), 1991, pág.319.

(menores de 28 días) frente a los mayores de 1 año. Los primeros llegaron a suponer el 70% de todos los abandonos anuales pero se redujeron a lo largo del periodo a llegar hasta el 60%. Esta diferencia fue fundamentalmente apropiada por el grupo de niños mayores de 1 año que pasaron de suponer un 10% en el periodo 1890-1900 a cerca del 30% en el periodo 1928-1935. Estas diferencias entre los distintos periodos eran estadísticamente significativas. Esto sugiere que, crecientemente, el recurso al abandono institucional se estaba post-poniendo en la vida de los niños y de las familias de modo que los abandonos de recién nacidos cada vez eran menos (quizá relacionados con una reducción de la necesidad de recurrir al abandono exclusivamente por ilegitimidad) y cada vez se veía más como un recurso de tipo asistencial.

La preeminencia de los abandonos de niños muy pequeños es generalizada a todo el abandono infantil pero las cifras de Madrid muestran un mayor número de niños mayores de un año que en otros lugares. Las cifras anteriores se refieren exclusivamente a los abandonos que no tuvieron lugar por Maternidad que, necesariamente, implicaban edades muy jóvenes y pueden dificultar la lectura si se producía un incremento de estos. Pero si se observan las cifras generales, que reportan otras instituciones, la imagen es la misma. Mientras que para Barcelona los mayores de un mes suponían menos del 10% o para Sevilla los no recién nacidos eran cerca del 2%⁶²⁴ para Madrid, el porcentaje de niños abandonados con más de 1 mes siempre fueron entre el 15 y el 20% del total.

Si se analiza la evolución de la edad de entrada en función de la legitimidad, se comprueba la existencia de una asociación clara entre ambas: los niños de origen ilegítimo predominaban entre las edades de entrada más jóvenes (hasta el año) mientras que los legítimos predominaban entre aquellos abandonados con más de 1 año. No obstante, pese a la tendencia general, el número de casos legítimos abandonados con menos de 1 año no es desdeñable, así como de ilegítimos abandonados con posterioridad al año. En este análisis, no obstante, la variable presencia de niños de origen desconocido no permite afinar realmente las proporciones ya que el porcentaje varió entre el 60% (en los abandonados con 0 días) y el 30% en las demás edades.

La segunda característica que hemos abordado ha sido el sexo. Si la edad a la entrada nos permite intuir algunas características sobre las madres y las circunstancias que producían el abandono, la distribución en función del sexo nos ayuda a precisar si la preferencia masculina tenía un papel modificador de esas circunstancias. En nuestro análisis para los niños abandonados a través de Maternidad, el sentido del análisis de la razón entre sexos pretendía explorar el momento de la toma de decisión sobre el abandono. Hemos visto que la realización de un abandono técnico no estaba relacionada con el sexo del niño ni tampoco era el caso para los abandonos regulares en Maternidad. En el caso de los niños de Otros Orígenes, no obstante, dado que el nacimiento precede claramente al abandono y existe claramente una separación geográfica entre ambos, podemos incluir de nuevo consideraciones sobre el valor percibido de los niños según su sexo y el abandono.

Las nuevas perspectivas socio-biológicas sugieren que las preferencias sexuales de las poblaciones pueden estar sesgadas en función de distintas variables medioambientales y sociales: en situaciones de crecimiento de la población, existe una preferencia por varones mientras que en poblaciones estacionarias, hay una preferencia

⁶²⁴ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, págs.151; y ÁLVAREZ SANTALÓ: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, pág.2.

evolutiva por las hembras.⁶²⁵ Como ya hemos comentado en el caso de la Maternidad, históricamente en el abandono infantil se ha encontrado una sobre-representación en el abandono de niñas, sobre todo en el siglo XV. Se ha hablado de una preferencia por los niños dado que no era preciso ofrecer dotes por su matrimonio y la rentabilidad económica que podía obtenerse del trabajo masculino una vez en las edades productivas podía ser mucho mayor que la de las mujeres.

A lo largo del tiempo, la razón entre los sexos se ha ido moderando hasta llegar a alcanzar la igualdad ya en el siglo XIX.⁶²⁶ De hecho, la mayor parte de la historiografía de los siglos XVIII y XIX no encuentra diferencias de sexo en el abandono (Floencia, Madrid, París, Londres, etc.) Para París, precisamente Fuchs responsabilizaba a la ilegitimidad de la falta de diferencias sexuales al abandono: según ella, para el caso de las mujeres que habían concebido un hijo ilegítimo, el sexo de éste era irrelevante ya que, en cualquier caso, no podían hacerse cargo de él.⁶²⁷ Para los legítimos, no obstante, ese argumento todavía puede tener relevancia⁶²⁸ pero otros autores han sostenido que cuando se abandonaba a un niño la futura rentabilidad estaba demasiado lejana en el tiempo como para poder entrar entre los factores que explicaban el abandono⁶²⁹.

Dado que en este epígrafe, estamos discutiendo los niños admitidos a través del torno, es necesario introducir una consideración adicional: el efecto selectivo que se pudiera producir entre el nacimiento y el abandono. Dado que existe una sobremortalidad masculina de base biológica (ver capítulo 8 y 9 para más información al respecto) y la mortalidad en tránsito debía ser muy elevada, es posible que, antes del abandono, se hubiera podido producido una selección que no tenía que ver con la intencionalidad de las madres: llegaban más niñas que niños por la mejor supervivencia.

Tabla 5.6. Razón entre los sexos para los niños admitidos a través de Otros Orígenes según la edad de admisión.

[Table 5.6. Sex ratio for children admitted through Other Origins according to age at admission].

	<28días (<28 days)	28días-1año (28 days-1 year)	>1año (>1 year)
1890-1899	105	105	132
1900-1916	101	114	114
1917-1928	98	99	109
1929-1935	111	108	111

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Para la Inclusa en el siglo XX, por tanto, es necesario repetir este tipo de análisis. Hasta el momento ningún autor ha tenido en cuenta que la razón de sexos al abandono podía variar con la edad a la que se producía éste, que podría variar sensiblemente en función de esta posible selección descrita. Así, entre los niños recién nacidos, las razones de abandono podían ser irrespectivas del sexo mientras que entre

⁶²⁵ DEROSAS y TSUYA: "Child control as Reproductive Strategies in Preindustrial Eurasia", pág.15.

⁶²⁶ VIAZZO, BORTOLOTO, y ZANOTTO: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality", págs.76-77.

⁶²⁷ FUCHS: *Abandoned Children*, pág.65.

⁶²⁸ LEVENE: "The mortality penalty of illegitimate children: foundlings and poor children in Eighteenth-Century England", pág.40.

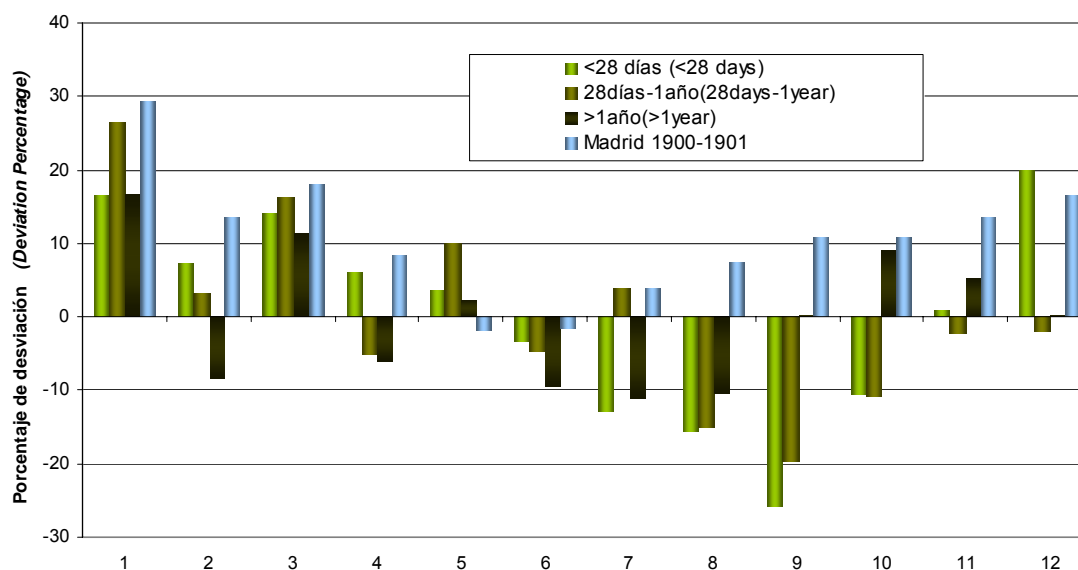
⁶²⁹ DE LA FUENTE GALÁN: *Marginación y pobreza en la Granada de la segunda mitad del siglo XVIII. Los niños expósitos*.

los niños un poco mayores, podrían coexistir la miseria y la mortalidad en el tránsito como factores indicando una preferencia/sobre-representación del abandono de niñas.

Hemos calculado las razones entre los sexos para los distintos grupos de edad, que hemos reproducido en la tabla 5.6. La hipótesis que planteábamos queda completamente refutada. Como en el caso de Maternidad, si consideramos los intervalos de confianza alrededor de 105 para el tamaño de población que tenemos, no se observa claramente un exceso en el abandono de niñas. Para los admitidos con más de un año, la comparación con el patrón general español sugiere el mismo resultado⁶³⁰. El caso de 1917-1928, donde parece verse un mayor número de niñas abandonadas, no llega a ser significativo porque el número de casos es relativamente pequeño y podría deberse a variaciones aleatorias. El caso del 132 para 1890-1899 se debe a la misma situación, reducido número de casos. Si repetimos el proceso para los niños legítimos e ilegítimos individualmente, el caso es el mismo: no existen diferencias por sexos en el abandono en la Inclusa de Madrid, lo que puede explicarse o por una falta de importancia concedida al valor de los sexos, por la seriedad de la crisis que hacía imprescindible el abandono en cualquier caso y la falta de selección sexual por mortalidad temprana.

Gráfico 5.14. Desviación porcentual mensual sobre la media de abandonos a través de Otros Orígenes según la edad de admisión para 1890-1935 comparada con la media de Madrid para 1900.

[Graph 5.14. Monthly percentage deviation from average of abandonment through Other Origins according to age at admission for 1890-1935 compared to Madrid average for 1900-1901].



Nota: % desviación sobre la media=(dato mensual-media anual)/media anual*100. Fuente: ARCM y Estadística Demográfica 1900-1901. Elaboración propia.

[Note: % deviation from average=(monthly figure/annual average)/annual average*100. Source: ARCM and Estadística Demográfica 1900-1901 and 1929-1930. Own elaboration].

Finalmente, la última característica de los niños que hemos estudiado ha sido la estacionalidad de los abandonos, ya que recoge los momentos críticos a lo largo del año

⁶³⁰ Por el efecto de la mortalidad diferencial por sexo, el sex ratio se ajusta a lo largo de la vida de los individuos y, en vez de seguir a Livi-Bacci, hemos comprobado con las estimaciones ofrecidas por RAMIRO FARIÑAS, D. y PÉREZ MOREDA, V.: "Diferencias de la mortalidad por sexo en España durante el siglo XX", comunicación presentada en el VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica, Mahón, Menorca, 31 mayo-2 junio, 2006.

en los que liberarse de la carga de un hijo era imperativo. En el gráfico 5.14 hemos representado el porcentaje de desviación de la media de abandonos mensuales comparados con los nacimientos de la ciudad de Madrid para rastrear esta variación estacional (ver epígrafe 5.2.1.1.). A diferencia de lo que veíamos en el caso de los nacidos en la Casa de Maternidad, que mostraban la máxima elevación en los primeros meses del año-particularmente marzo- para los abandonos regulares y los meses de junio a septiembre para los abandonos técnicos, la imagen de los niños de Otros Orígenes no muestra una imagen muy distinta. Si cabe, profundiza la imagen del abandono como una práctica del invierno, con una importunación relativamente más reducida de abril a octubre y particularmente, los meses de junio a septiembre eran los que mejores condiciones ofrecían a las familias y que el invierno⁶³¹.

5.2.2.3. Las características familiares

Aunque se conserva una importante cantidad sobre las circunstancias de los niños y la entrada, como hemos visto en el epígrafe anterior, no ocurre lo mismo con las características de sus madres y familias. La razón fundamental es el anonimato favorecido por el turno pero es importante destacar que, en ocasiones, había más información pero los libros de registro no reproducían exhaustivamente los particulares contenidos en las partidas de bautismo, certificado y otra documentación que acompañaba a este tipo de niños.

Sólo se dispone de información realmente fiable de la legitimidad (en la que la cobertura es de cerca del 50%). Adicionalmente, a través de la combinación de la información sobre edad y origen de la madre, se puede medir la cantidad de información adicional ofrecida para tener una idea de hasta qué punto de abandonaban niños con alguna información pero, dada la escasez de casos, su análisis individual no es representativo.

Por tanto, hemos seguido la tendencia de la historiografía previa de recurrir a las notas de abandono y a la información que pueden ofrecer para el abandono a través de una pequeña muestra. Esta exploración ha contribuido a nuestro conocimiento aunque de manera imperfecta. A continuación, por tanto, hemos repasado brevemente la evolución de estos tres aspectos.

A. El estado civil de las madres y la legitimidad de los niños

Dada que la imputación de la legitimidad (ver epígrafe 5.2.1.2.A.i), implicaba el uso de la información nominal y estado civil de las madres, el resultado para este sub-grupo no ha sido tan satisfactorio como para los abandonados a través de la Maternidad ya que esa información estaba disponible en un menor número de casos. Así, en el gráfico 5.15 se muestra como durante la mayor parte de nuestro periodo, sólo se puede identificar la filiación del 50% de los niños. Para esta amplia cronología, después del grupo de filiación desconocida, la superioridad claramente era de los niños ilegítimos, que suponían el 35% del total mientras que los legítimos sólo alcanzaron alrededor del 15%. En la parte final del periodo, no obstante, el incremento en el conocimiento de la filiación supone un mayor crecimiento en el porcentaje de legítimos que duplicó su

⁶³¹ Ver las referencias sobre la estacionalidad en la Casa de Maternidad en la sección 5.2.1.1.

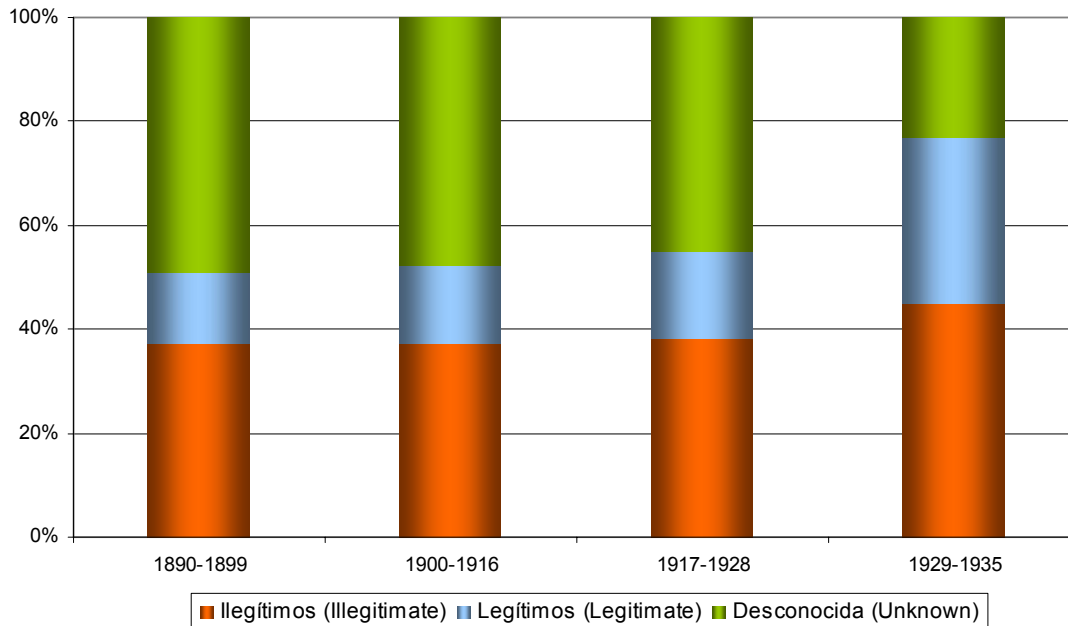
proporción (32%) frente a los ilegítimos, que pasaron a representar el 45%. Las diferencias entre los periodos son estadísticamente significativas.

El cambio dramático entre estos dos grandes periodos está relacionado con la puesta en marcha de la Oficina de Admisión. Pese a que hemos constatado más arriba una importante deficiencia en el registro de la procedencia de los niños, este nuevo sistema requería que las madres y familias tuvieran que entablar un contacto con el personal de la Inclusa (una hermana de la Caridad). Aunque no se requería que se revelara la identidad, en ese intercambio es probable que muchas mujeres y familias se mostraran dispuestas a reportar el nombre y estado civil.

Esta relación de admisiones según filiación 32 vs. 45 en el último periodo puede verse como el resultado de dos procesos distintos. Por un lado, es posible que en el último periodo se incrementara el número de abandonos legítimos en los que sus padres habían dejado mayor información. Por otro lado, es posible que no se produjeran cambios en el contingente de legítimos y la necesidad de usar la Oficina de Admisión revelara el patrón subyacente de filiación de las décadas anteriores. Dada la consistencia en las características del abandono (sexo y estación de abandono) entre los distintos periodos, es posible sugerir que este patrón estaba en funcionamiento con anterioridad pero el análisis de la edad de entrada (con el incremento de los niños abandonados con más de 1 año) puede sugerir que se trate de la primera situación.

Gráfico 5.15. Distribución de los niños abandonados a través de Otros Orígenes según legitimidad.

[Graph 5.15. Distribution of children admitted through Other Origins by legitimacy].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

En cualquier caso, estas cifras coinciden con los resultados encontrados para otros lugares, como París.⁶³² Si comparamos los resultados con los de Barcelona o Pamplona, es preciso usar las cifras agregadas de Maternidad y Otros Orígenes dada la

⁶³² FUCHS: *Abandoned Children*, págs.86-114.

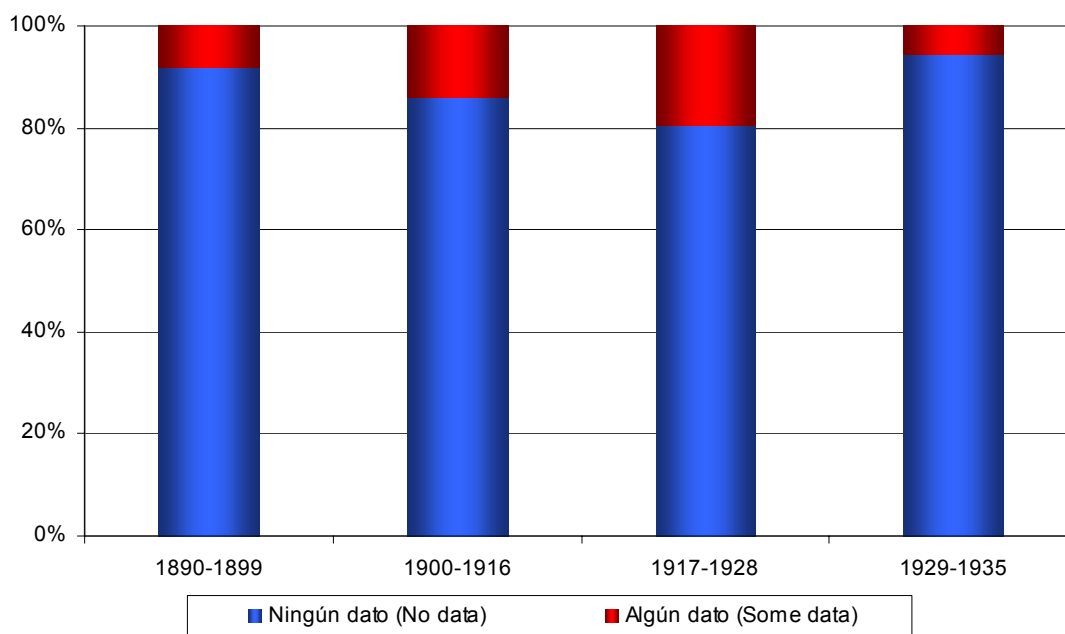
falta de desagregación que presentan las monografías nacionales pero los porcentajes coinciden para el inicio del periodo: frente al 60% de ilegítimos seguros de Barcelona en 1903⁶³³ o del 75% para Pamplona, las cifras de Madrid se encuentran alrededor del 70% como media de todo el periodo. Y el caso de los legítimos registrados no es tampoco muy distinto: 10-12% en Barcelona, Pamplona e incluso Santiago de Chile.⁶³⁴

B. Información adicional

En general, los abandonos a través de Otros Orígenes no se caracterizaron por revelar mucha información y la imagen que presenta el gráfico 5.16 apunta en ese mismo sentido. La información sobre edad y naturaleza de la madre, como dato personal, podría ser interpretada como un elemento utilizado para la identificación si se tenía una intención de recuperar al niño eventualmente. De esta manera, la distribución que vemos sugeriría una limitada utilización de este recurso. No obstante, es posible que la madre utilizara otros elementos para marcar esta intención por lo que estos datos no nos sirven como un instrumento exclusivo.

Gráfico 5.16. Distribución de los niños abandonados a través de Otros Orígenes según información declarada por la madre

[Graph 5.16. Distribution for children admitted through Other Origins by information reported by mother].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Sólo entre un 10 y un 20% de los casos tenían ese tipo de información por lo que no se ha realizado una explotación específica de ellos. No obstante, la cantidad de niños para los que no se dispone de ninguna información sobre filiación, origen u otro tipo de

⁶³³ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.154; y VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, pág.81.

⁶³⁴ MEZA: "Orphans and Family Disintegration in Chile: The Mortality of Abandoned Children, 1750-1930", pág.320.

característica es relativamente pequeña (cerca de un 15%) y casi inédita en este tipo de instituciones.

C. Notas y causas de abandono

Finalmente, el análisis de la muestra de las notas de abandono nos permite un acercamiento a las motivaciones de los padres. En este punto, pese a haber seguido la metodología tradicionalmente usada por la historiografía, nuestra explotación no ha sido tan exhaustiva por varias razones. En primer lugar, como ya han mostrado los análisis previos, el porcentaje de casos que presentaban notas no era muy elevado y, por tanto, su estudio no informa de forma muy representativa sobre el conjunto de las mujeres y familias recurriendo al abandono. En segundo lugar, la información recogida generalmente era bastante reducida. En tercer lugar, es preciso aplicar un criterio crítico a la información de las notas ya que son una manifestación de una ideología y un discurso, quizá autojustificativo. En cuarto lugar, toda nuestra aproximación al estudio de la infancia abandonada ha buscado incluir innovaciones teóricas y metodológicas, ampliar los temas de estudio y aplicar una mirada historico-demográfica distinta, por lo que se han preferido concentrar los esfuerzos en avenidas de investigación que pudieran ofrecer información más novedosa. Y, en quinto lugar, la posibilidad de estudiar los expedientes, donde se conservaban las notas completas, como se ha hecho en algunas de las Inclusas con menor número de admisiones, para un estudio como el nuestro de casi 700 niños abandonados anualmente es simplemente impracticable.

Hemos reconocido el interés de al menos, conocer este aspecto exploratoriamente, por lo que hemos elegido una muestra del 20% de cuatro años además de explotar la totalidad del año 1915⁶³⁵. El reducido tamaño de la muestra no nos ha permitido un análisis muy profundo pero permite apuntar dos aspectos finales sobre las características de los niños admitidos a través de Otros Orígenes: la tendencia en la inclusión de notas en el abandono y la presencia de justificaciones específicas del abandono en ellas.

En la Tabla 5.7 se muestra el resultado de la búsqueda de notas en la selección de expedientes, donde se aprecia claramente que había distintos tipos de documentación que podía acompañar al abandono. Una vez más, este dato apunta a la heterogeneidad de procedencias dentro de Otros Orígenes. Así, vemos que dejar notas y documentación fue una costumbre bastante practicada. Dado el tamaño de la muestra, es probable que el rango entre un 40 y un 60% represente estabilidad, por lo que cerca de la mitad de las admisiones a través de Otros Orígenes implicaban algún tipo de nota. Entre el resto de casos consultados el certificado con nota del refugio y los oficios de los hospitales seguían a las notas sencillas. En los últimos periodos, los dos tipos de documentos más adjuntados eran los certificados y las notas, de acuerdo con el descenso de admisiones a través de otras instituciones de caridad y sanidad de la ciudad.

Estos niveles son mucho más elevados que los señalados por Rodríguez Martín y Valverde Lamsfus para Barcelona y Pamplona, donde los niños con notas representaban el 15-20% del total.⁶³⁶ El número de notas se mantuvo estable a lo largo

⁶³⁵ La información sobre la selección y las características de esta muestra se ha consignado en el capítulo 1, epígrafe 1.3.1.

⁶³⁶ Valverde destaca que el 80% de los niños del torno llegaban sin ningún tipo de nota mientras que Rodríguez Martín habla de un 10-12% respecto a todos los abandonados. VALVERDE LAMSFUS: *Entre*

del periodo, lo que supone una diferencia con otras experiencias en el siglo XX, que sugieren el descenso⁶³⁷ o su crecimiento⁶³⁸.

En cualquier caso, vemos que la imagen de desconocimiento total de la información del 50% de los niños admitidos a través de los Otros Orígenes no coincide con el de la documentación a la entrada: sólo menos de un 10% no tenía ningún tipo de documentación adjunta. No obstante, esta aparente inconsistencia se explica en la falta de registro total de todos los datos incluidos en el expediente en los libros de entrada. Por tanto la realidad de la información disponible sobre los expósitos es ligeramente mayor de la que hemos recogido pero ha sido imposible incorporarla para este estudio.

Tabla 5.7. Tipo de información contenida en la muestra de expedientes consultados para los niños de Otros Orígenes.

[Table 5.7. Type of information contained in the sample of checked files for children abandoned through Other Origins].

	1900	1910	1915	1920	1930
Sin	8	11	41	14	0
<i>(None)</i>	7,21%	11,58%	8,12%	12,5%	0,00%
Nota	50	40	198	66	52
<i>(Note)</i>	45,05%	42,11%	39,21%	58,93%	45,61%
Certificados	8	9	28	15	48
<i>(Certificates)</i>	7,21%	9,47%	5,54%	13,39%	42,11%
Maternidad/Ginecología	1	1	16	0	4
<i>(Maternity/Gynecology)</i>	0,90%	1,05%	3,17%	0,00%	3,51%
Oficio Refugio (nota)	23	17	175	13	7
<i>(Refugio slip -note-)</i>	20,72%	17,89%	34,65%	11,61%	6,14%
Oficio Refugio (sin)	4	3	14	1	2
<i>(Refugio slip-none-)</i>	3,6%	3,16%	2,77%	0,89%	1,75%
Oficios hospitales	16	14	33	3	1
<i>(Hospital slip)</i>	14,41%	14,74%	6,53%	2,68%	0,88%
Perdido	1	0	0	0	0
<i>(Lost)</i>	0,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	111	95	505	112	114
	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

Uno de los principales problemas que implica el trabajo con las notas es la limitada cantidad de información que contenían sobre la familia y sobre las causas del abandono. En el Caso de la Inclusa de Madrid, a diferencia de otros lugares, las notas predominantemente incluían sólo los datos del niño (nombre y apellidos) y los de la madre. Sin embargo, si buscamos el registro de la causa específica en la información que la propia madre, familia o la institución a la que fue remitido originariamente el

el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX, pág.85-86; y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.156.

⁶³⁷ ÁLVAREZ SANTALÓ: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, pág.257-260 y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.159. En el caso de Barcelona, no obstante, el hecho de que la autora establezca el porcentaje sobre el número total, al tiempo que hace notar un incremento en el número de niños de Maternidad, provoca un sesgo en la estimación, dado que éstos llegaban sin nota pero no la requerían ya que venían identificados de maternidad, haciendo descender dramática y artificialmente los porcentajes de niños con nota.

⁶³⁸ RODRÍGUEZ MARTÍN: “La inclusa de Pontevedra (1872-1903)”.

niño, la imagen cambia bastante: sólo el 20% de aquellos tipos de documentación que podía incluir una causa la presentaban.

La información recogida, por tanto, debe ser tomada con cuidado porque tiene varias limitaciones. En primer lugar, el hecho de que sólo se disponga de una cantidad limitada de ella implica que informar de la causa de abandono era una excepción y no una costumbre regular. El significado de esa información no tiene por qué responder fielmente a la realidad ya que supone una selección deliberada (por parte de la madre o familia). En segundo lugar, en el esquema de los usos de la caridad de Mandler que informa parte de la aproximación de este trabajo, se explicita claramente una racionalidad y agencia en las clases populares en su recurso a la beneficencia a través de su propia presentación como elegibles para ese tipo de ayuda. De hecho, en el contexto de inclusas, ha habido ya algunos trabajos que han estudiado este discurso⁶³⁹. Por tanto, es importante tener en cuenta que no se puede tomar la información reportada como un reflejo de la realidad sino como una representación del asistido merecedor de la ayuda.

Tabla 5.8. Causas reportadas de abandono en la muestra de notas.

[Table 5.8. Reported causes of abandonment from the sample of notes].

	1900	1910	1915	1920	1930
Md enferma/hospital (<i>Mother sick/hospital</i>)	8	4	15	1	1
Madre muerta/desaparecida (<i>Mother dead/absent</i>)	1	1	12	1	2
Padre muerto/enfermo/ausente (<i>Father dead/sick/absent</i>)	0	2	3	3	0
Madre sin leche (<i>Mother has no milk</i>)	2	4	11	3	1
Ilegitimidad (<i>Illegitimacy</i>)	0	0	1	0	0
Sin recursos (<i>No resources</i>)	8	5	45	8	0
Total	19	16	87	16	4

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

En la Tabla 5.8 se ha presentado la declaración de causas del abandono para los diferentes años pero, dado su reducido número, no se pueden extraer conclusiones de muchos de ellos porque algunas de las categorías tenían sólo uno o dos casos. La idea general que sugiere esta tabla es que la ilegitimidad no aparecía entre las causas reportadas y la categoría más importante era “sin recursos”. De entre el resto de categorías, la enfermedad de la madre y la carencia de leche para alimentar a sus hijos eran las otras dos causas reportadas.

Sin tratamos de ver si la distribución variaba en función de legitimidad, la división del análisis muestra que pese a que hubiera un importante número de casos ilegítimos, esa ilegitimidad no había sido reportada como la causa determinante del abandono y precisamente la falta de recursos y la enfermedad tenían el mismo peso.

⁶³⁹ WILLIAMS, S.: “‘A Good Character for Virtue, Sobriety and Honesty’: Unmarried Mothers' Petitions to the London Foundling Hospital and the Rhetoric of Need in Early Nineteenth Century” en LEVENE, A., WILLIAMS, S. y NUTT, T. (Ed.), *Illegitimacy in Britain, 1700-1920*, Anthony Rowe Ltd, Chipenham and Eastbourne, London, 2005.

Una vez más, apoyando nuestra tesis de la creciente importancia de causas que podían estar asociadas a la ilegitimidad y producir sinergias pero que no tenían que estar exclusivamente relacionadas con la honra.

5.3. EL ABANDONO DE HERMANOS

Para finalizar este capítulo sobre la composición de la población⁶⁴⁰ expósita y, explorar un último aspecto de las razones que llevaban al abandono, en este epígrafe hemos profundizado sobre un aspecto que, aunque ha sido mencionado en la historiografía previa como posible, no ha sido abordado con la profundidad que merece⁶⁴¹. Hasta ahora, tanto en nuestro discurso como en la historiografía general, el abandono en la Inclusa se ha tomado como un recurso único que implicaba a una madre (o familia) y a un niño en un momento puntual en el tiempo. El abandono era un acontecimiento que afectaba a toda la familia, podía implicar a varios hijos de una madre y, además, el recurso podía repetirse.

El abandono de los grupos de hermanos permite ahondar sobre esas prácticas marginales en la Inclusa que ilustran hasta qué punto estaba integrado entre las opciones de las clases populares. Por ello, en este último epígrafe hemos tratado de describirlos, comparando sus características con las de los abandonos en solitario y clasificándolos en función de las tipologías que nos puedan informar sobre distintos patrones de recurso.

Junto a una cierta cantidad de grupos que la Inclusa recogía directamente como hermanos (un 15% del total encontrado), hemos podido localizar otros grupos mediante varios procedimientos de búsqueda (a través de similares datos familiares). Nuestra definición de hermanos ha sido necesariamente laxa ya que junto con grupos de hermanos de padre y madre, con toda probabilidad hemos recogido casos de hermanos exclusivamente por parte de madre. Esta particularidad está implícita en el sistema, debido a nuestro uso de la coincidencia de la información materna como criterio de adscripción de niños a un grupo de hermanos. Es muy posible que no hayamos capturado la totalidad de grupos de hermanos abandonados en la Inclusa dado que, para una importante cantidad de niños, no se dispone de suficiente información (por falta de datos, incorrección de los mismos o insuficiencia por la presencia de nombres o apellidos muy comunes) para asegurar un enlace correcto. No obstante, confiamos en que la cantidad de ellos que hemos obtenido es suficientemente representativa del fenómeno y es, por tanto, indicativa de los perfiles generales de este tipo de abandonos.

El número de abandonos de grupo es relativamente modesto en términos anuales, implicando sólo una media del 6% de las admisiones, aunque en algunos momentos ascendió hasta cerca del 10%. A finales del siglo XIX este tipo de recurso fue mucho más reducido (o, por razones relacionadas con el enlace, se han identificado menos grupos) pero se extendió relativamente durante las décadas centrales del primer

⁶⁴⁰ Una primera versión de la información contenida en este epígrafe se ha presentado en el *International Conference on Historical Demography. Sources, méthodes, innovations : nouvelles interrogations en histoire de la famille et en histoire de la population*, Lyon, Francia, 31 Noviembre-1 Diciembre, 2009.

⁶⁴¹ La única excepción al respecto es el trabajo de Hunecke sobre Milán a mediados del siglo XIX, que hemos utilizado profusamente en nuestra explicación. HUNECKE: *I trovatelli di Milano: Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*,

tercio de siglo. Como se puede ver en la Tabla 5.9, se han encontrado 1.597 grupos de hermanos. El 85% de los grupos contenían sólo 2 hermanos y el 12% tres hermanos, de modo que aquellos grupos entre 4 y 6 hermanos eran casos bastante marginales.

Dada la particularidad de este recurso, ha sido preciso comprobar hasta qué punto eran distintos los hermanos abandonados y si incrementaba notablemente la heterogeneidad de la composición de la población abandonada. No obstante, la imagen que ofrece la Tabla 5.10 sugiere que las características de estos niños no eran muy distintas de las de los abandonos individuales.

Tabla 5.9. Número de niños implicados por los grupos de hermanos abandonados.
[Table 5.9. Number of children involved in sibship abandonment].

Grupos de hermanos (Sibships)	Frecuencia (Frequency)	Niños totales implicados (Total children involved)
2 niños (2 children)	1366	2,732
3 niños (3 children)	192	576
4 niños (4 children)	32	128
5 niños (5 children)	5	25
6 niños (6 children)	2	12
Total	1597	3,73
Abandonos únicos (Single abandonments)	55828	
% niños en grupos de hermanos (% children in sibships)	6,22%	

Fuente: ARCM. *Elaboración propia.*
[Source: ARCM. Own elaboration].

Algunas de las características no mostraban diferencias muy importantes (relación entre de sexos y estación de abandono) pero había algunos aspectos diferentes. En primer lugar, la filiación sí que ofrece una imagen muy diferente. Por un lado, existía un mayor número de casos de filiación desconocida entre los abandonos únicos que entre los abandonos de grupo (20.85% vs.4.55%), lo que necesariamente implica una distribución diferencial de la filiación entre ilegítimos y legítimos. Esto podría estar relacionado, entre otras razones, con la posibilidad de que los abandonos de grupo fueran intencionalmente concebidos como abandonos temporales y, por tanto, sus madres dejaran un mayor número de información sobre ellos para poder realizar la recuperación. Y, por otro lado, las diferencias más importantes se encuentran entre los menores de 1 año donde el porcentaje de legítimos entre los abandonados en grupo casi duplica el de los abandonos en solitario. De hecho, dada la importancia cuantitativa, el grupo de menores de 1 año es el más numeroso cuantitativamente aunque no tanto en el caso de los abandono de grupos (92,25% para los únicos y 77,10% para los grupos) y determina los resultados globales. La presencia de un elevado número de niños mayores de un año es estructural en los abandonos grupales dado que cuando se abandonaban dos niños simultáneamente, uno de ellos sería siempre mayor de un año.

En segundo lugar, las características de sus madres eran también distintas. En cuanto al origen, el 20% de casos adicional que reportaba la naturaleza de la madre se repartía entre las nativas de Madrid ciudad, provincia y las provincias cercanas, duplicando sus porcentajes pero se mantenía la misma contribución de mujeres de provincias lejanas (que seguían siendo la procedencia preeminente). Y, en cuanto a la

madre, el 20% de registro adicional pasaba directamente a las madres con edades comprendidas entre los 20 y los 35 que seguía siendo el grupo mayoritario. A pesar de que no se aprecien grandes diferencias en esta última característica, sería razonable también esperar un cierto predominio de madres ligeramente mayores (ya que al menos habían alcanzado la paridad dos).

Reunidos bajo esta descripción general, podría parecer que los grupos abandonados en grupo eran un colectivo homogéneo. Distintas circunstancias podían producir las mismas características, de modo que es importante considerar cuales serían los posibles tipos de recursos y circunstancias detrás de este fenómeno. En primer lugar, sería posible encontrar el tipo de prácticas relacionadas con el abandono de hermanos que se han descrito hasta el momento.

Para Milán en 1842 Volker Hunecke describía la percepción del abandono infantil por parejas casadas como un derecho a la asistencia estatal. Las 649 familias que abandonaron al menos un niño en el *Ospedale* durante ese año habían abandonado al 59,4% de todos los hijos que habían tenido. Su recurso consistía en el abandono consecutivo de niños recién nacidos o muy pequeños para que la institución cubriera los costes de la lactancia y cuidado durante los primeros años de vida. Eventualmente, muchas de esas familias reconocían y recuperaban a sus hijos. El hecho de que este recurso fuera utilizado mayoritariamente por parejas casadas estaba sustentado en un porcentaje de admisiones legítimas del 62%⁶⁴².

En segundo lugar, es posible que existiera el uso descrito por la literatura del abandono simultáneo de toda la descendencia o de aquella que no pudiera contribuir al sustento familiar. El desencadenante podría ser una crisis que empujara a la unidad familiar al borde del colapso, bien a través de la enfermedad o muerte del padre, la madre o ambos, por un revés económico grave. Se trataría de un caso típico de parejas casadas (o uniones consensuales).

Y, en tercer lugar, también sería posible encontrar el recurso a la institución como una clínica de partos donde, adicionalmente, deshacerse de los hijos. Según los médicos de la época, la Casa de Maternidad se había convertido en un lugar dónde, “apenas dan a luz las mujeres, la inmensa mayoría abandona a la Inclusa su hijo y sale, robustecida su inmoralidad, a continuar la vida de disipación que al poco tiempo la vuelve al Asilo.”⁶⁴³ Fundamentalmente, parecía referirse a los nacimientos ilegítimos.

Dado que no tenemos evidencias sobre las intenciones de las madres, tenemos que seguir recurriendo al recurso de la interpretación de los datos empíricos, como hemos hecho hasta ahora. El criterio principal utilizado ha sido la simultaneidad o la consecutividad de los abandonos, combinado con las edades respectivas. A través de la Tabla 5.11, podemos ver que más de la mitad de grupos estaban compuestos por niños muy jóvenes (menores de 1 mes) que se abandonaban consecutivamente. No obstante, la tabla muestra otros dos grupos de interés entre los abandonos simultáneos: por un lado, niños menores de 1 mes y, por otro, de mayores de 1 año.

⁶⁴² Ibid., págs.113 y 139.

⁶⁴³ García del Moral compartía el pensamiento del dr. González Álvarez. GARCÍA DEL MORAL: *La Casa de Maternidad de Madrid*, pág.4.

Tabla 5.10. Comparación de expósitos abandonados individualmente y en grupos.
 [Table 5.10. Comparison of characteristics of single and sibship abandonments by age at admission].

	Abandonos únicos (Single abandonments)			Abandonos de grupos de hermanos (Sibship abandonment)		
	>1 año (>1year)	<1año (<1year)	Total	>1 año (>1year)	<1año (<1year)	Total
Sexo (Sex)						
Masculino	2112	25142	27254	377	1269	1646
(Male)	46,75%	49,00%	48,82%	47,36%	47,4%	47,39%
Femenino	2406	26168	28574	419	1408	1827
(Female)	53,25%	51,00%	51,18%	52,64%	52,6%	52,61%
Estación (Season)						
Primavera	1216	13249	14465	218	692	910
(Spring)	26,91%	25,82%	25,91%	27,39%	25,85%	26,20%
Verano	1050	11948	12998	191	617	808
(Summer)	23,24%	23,29%	23,28%	23,99%	23,05%	23,27%
Invierno	1136	13793	14929	184	675	859
(Winter)	25,14%	26,88	26,74%	23,12%	25,21%	24,73%
Otoño	1116	12320	13436	203	693	896
(Autumn)	24,70%	24,01%	24,07%	25,50%	25,89%	25,80%
Origen (Origin)						
Otros Orígenes	4429	21385	25814	792	429	1221
(Other Origins)	98,03%	41,68%	46,24%	99,50%	16,03%	35,16%
Maternidad	89	29925	30014	4	2248	2252
(Maternity Hospital)	1,97%	58,32%	53,76%	0,50%	83,97%	64,84%
Legitimidad (Legitimacy)						
Ilegítimos	979	36459	37438	116	2278	2394
(Illegitimates)	21,67%	71,06%	67,06	14,57%	85,10%	68,93%
Legítimos (Legitimate)	1822	4928	6750	565	356	921
(Legitimate)	40,33%	9,60%	12,00%	70,98%	13,30%	26,52%
Desconocida (Unknown)	1717	9923	11640	115	43	158
(Unknown)	38,00%	19,34%	20,85%	14,45%	1,61%	4,55%
Origen madre (Mother's origin)						
Ciudad de Madrid	66	3183	3249	16	377	393
(Madrid city)	1,46%	6,20%	5,82%	2,00%	14,00%	11,00%
Provincia Madrid	53	2020	2073	18	233	251
(Madrid province)	1,17%	3,94%	3,71%	2,26%	8,7,%	7,23%
Provincias cercanas	99	6731	6830	27	809	836
(Close provinces)	2,19%	13,12%	12,23%	3,39%	30,22	24,07%
Provincias lejanas	178	11888	12066	49	892	941
(Distant provinces)	3,94%	23,17%	21,61%	6,16%	33,32%	27,09%
No registrado	4122	27488	31610	686	366	1052
(Not recorded)	91,24%	53,57%	56,62%	86,18%	13,67%	30,29%
Edad madre (Mother's age)						
20-35 años	91	17964	18055	34	1864	1898
(20-35 years)	2,01%	35,01%	32,34%	4,27%	69,63%	54,65%
<20 años	9	4754	4763	2	257	259
(<20 years)	0,20%	9,27%	8,53%	0	10,00%	7,00%
>35 años	14	1547	1561	8	161	169
(>35 years)	0,31%	3,02%	2,80%	1,01%	6,01%	4,87%
No registrado	4404	27045	31449	752	395	1147
(Not recorded)	97,48%	52,71%	56,33%	94,47%	14,76%	33,03%
Total	4518	51310	55828	796	2677	3473

100% 100% 100% 100% 100% 100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia. [Source: ARCM. Own elaboration].

A este criterio, además, se le puede sumar la filiación, que resalta en la literatura como una pauta explicativa. Así que, si se repite esta misma tabla en función de la ilegitimidad del nacimiento (en la tabla B.7 del Anexo), se delimita más claramente la clasificación de tipos de abandonos. Así, podemos ver que existían claramente tres tipos de grupos, que hemos representado en los gráficos espacio-temporales utilizados en la primera sección (gráfico 5.17).

En primer lugar existía un patrón de abandono consecutivo de hermanos en años consecutivos que ocupaba el 70% de los abandonos de grupos ilegítimos: es decir, el recurso recurrente a la Inclusa y Casa de Maternidad para abandono (y, en gran parte de los casos, también parto) por mujeres solteras.

Tabla 5.11. Número de niños implicados por los grupos de hermanos abandonados en función de la edad y el tipo de abandono.

[Table 5.11. Number of children involved in sibship abandonment according to age at admission and type of abandonment].

	Menos del 50% Consecutivos (Less than 50% Consecutive)	50% Simultáneos o más (50% simultaneous or more)	Total
Todos < 1 mes (All <1month)	847 53,04%	279 17,47%	1,126 70,51 %
Todos 1mes-1año (All 1month-1year)	1 0,06%	21 1,31%	22 1,38 %
Todos >1año (All >1year)	28 1,75%	283 17,72%	311 19,47 %
Todos diferentes edades (All different ages)	35 2,19%	103 6,45%	138 8,64 %
Total	911 57,04%	686 42,96	1597 100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Es posible que este tipo de recurso fuera utilizado por mujeres dedicadas al mundo de la prostitución pero, como ya hemos mencionado, la dedicación a la prostitución no tenía por qué ser exclusiva y podía ser un recurso específico de algunas mujeres normalmente empleadas en el servicio doméstico ante el desempleo.

Este recurso reiterado a la Maternidad (sin una recuperación eventual de los hijos) no tenía por qué ser exclusivo de este grupo. Es posible que también fuera realizado por mujeres que hubieran tenido una primera experiencia de embarazo ilegítimo, solventado gracias al recurso a la Casa de Maternidad, lo utilizaran ante una repetición de la “falta”. Quizá para poder continuar teniendo relaciones sexuales sin estar casadas, sin tener que preocuparse por el destino de esos hijos. Aunque la ilegitimidad se ha descrito como un fenómeno del principio de la vida reproductiva, claramente había sectores para los que no lo era. Y quizá el hecho de que existiera una manera fácil y rápida de disponer de la descendencia no deseada contribuía.

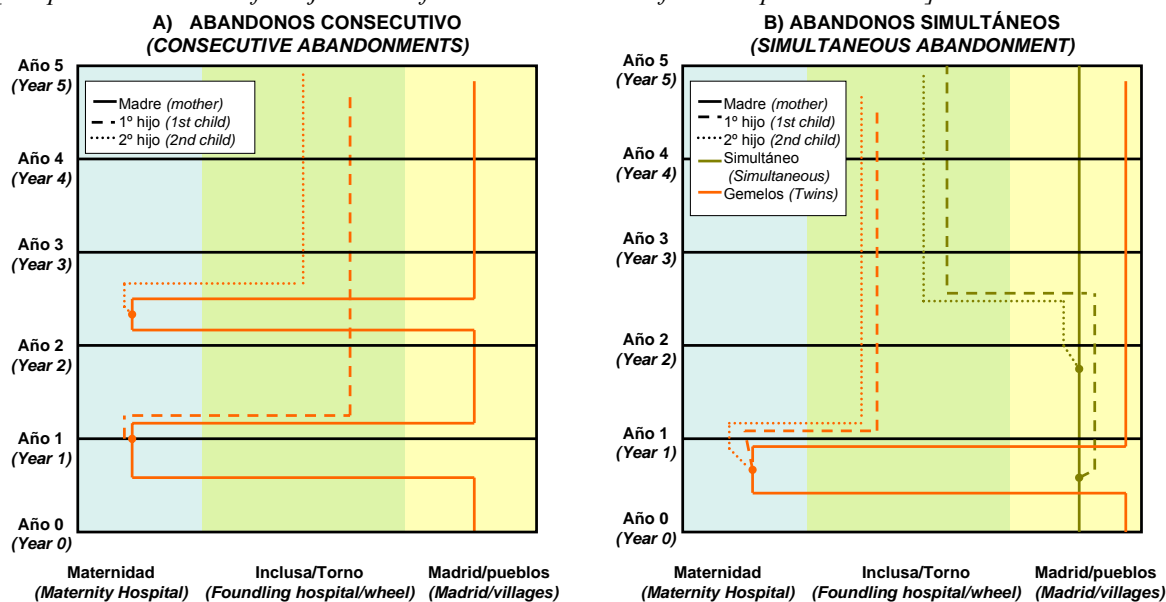
Hemos representado este patrón en la sección A y un ejemplo de este tipo es la trayectoria en la Inclusa de Encarnación G.V., una mujer nacida en el pueblo de Maqueda en Toledo. Al menos desde 1915, estaba empleada como sirvienta en la ciudad. De estado civil soltera, en 1912, en 1915 y en 1916 acudió a la Casa de Maternidad para dar a luz a tres niños, Mariano, Raimundo y Gregorio que dejó en la institución. En 1915 reportó vivir en la calle Conde Romanones número 15 y, al año siguiente en la Ronda de Segovia número 11 pero no fue encontrada residiendo en ninguna de esas dos direcciones al comprobar el empadronamiento de 1915.

En segundo lugar, hemos encontrado, tanto para legítimos como para ilegítimos, el abandono simultáneo de recién nacidos, es decir, el abandono de gemelos. Hemos representado este tipo de abandono en la sección B del gráfico. En ambos casos, el porcentaje que suponen del total de admisiones según filiación no es demasiado distinto (12,11 y 19,58) ya que la mayor parte de estos casos debían proceder de la Casa de Maternidad y su consideración como abandono múltiple no era fruto de una decisión deliberada sino a la consecuencia de un embarazo múltiple, no previsto por la madre.

En cualquier caso, si se estima la tasa de incidencia de gemelos de la Maternidad, ésta era del 1,05, mientras que la tasa para toda la institución era ligeramente superior al 2%. Por tanto, comparadas con las cifras de la ciudad, alrededor del 1,7% en ese periodo, se puede decir que los gemelos encontrados respondían a la tasa esperable para la ciudad (la reducida muestra no nos permite realmente si era sensiblemente superior o no pero, en el caso de que lo fuera, claramente se debería a abandonos a través de Otros Orígenes).

Gráfico 5.17. Trayectorias posibles de madres y niños para los grupos de hermanos.

[Graph 5.17. Possible life trajectories of mother and children for sibship abandonment].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

Y, en tercer lugar, hemos identificado un tercer perfil que corresponde casi exclusivamente a los nacimientos legítimos: el abandono simultáneo de niños de distintas edades o con edades superiores al año que representa sólo el 5% entre los niños ilegítimos pero alcanza más del 65% de las situaciones de los niños legítimos. Este

recurso específico debía estar provocado, fundamentalmente, por la ocurrencia de un evento crítico que impedía la supervivencia familiar tal y como se había producido hasta el momento: crisis económica, enfermedad o defunción del padre o la madre, abandono del padre, etc., podían ser responsables de la quiebra total de la capacidad de auto-sustentación de la familia que derivaba en un abandono múltiple simultáneo. Este posible patrón se ha representado en la sección B del gráfico, junto con el otro tipo de abandono simultáneo. Un ejemplo típico de este tipo de abandono es el caso de uno de los abandonos de cinco niños en la Inclusa, que llegó acompañado de la siguiente nota:

Ilustrísimo Sr.

María Antonia S., de 30 años de edad, viuda, natural de Valdepeñas, provincia de Ciudad Real, a V. I. con el debido respeto.

Que en el mes de Mayo del año pasado, después de mucho tiempo de enfermedad, falleció tuberculoso su marido, dejándola viuda con 5 hijos: Juana, que tiene hoy cinco años y medio, Manuela, de 4 años, Evarista de 3 y María Antonia y Manuel, gemelos de 14 meses.

Más tarde, contagiada, padece la misma enfermedad, habiendo conseguido ingresar en el Hospital del Rey y viéndose imposibilitada de atender a sus hijos no teniendo familia que pueda cuidar de ellos, a V.I. se digne admitirle a sus 5 hijos en ese benéfico establecimiento, hasta tanto que yo me reponga y pueda sacarlos para vivir con ellos.

Gracia que pueda alcanzar de V.I. cuya vidas guarde Dios muchos años.

Chamartín de la Rosa, Hospital del Rey, 25 de enero de 1930

Si dejamos al margen el abandono de gemelos (que, en su mayor parte no representaba un abandono grupal deliberado sino una consecuencia de un embarazo múltiple), los dos grupos principalmente responsables del 75% de los abandonos de grupo procedían de dos de los tipos de posibilidades que sugeríamos en primer lugar. No se ha documentado la existencia del caso propuesto por Hunecke ya que la proporción de abandonos consecutivos para las parejas casadas era de menos del 3% pero esta situación se explica perfectamente dentro de los contextos socioculturales de las dos cronologías y geografías. En el caso milanés, había habido una auténtica apropiación por las parejas pobres del uso original de la Inclusa mientras que en el caso madrileño, pese a que documentemos un continuo incremento de la participación legítima y de los usos que no buscaban exclusivamente el abandono permanente, no se trató en ningún caso del uso principal de la institución.

RESUMEN CAPÍTULO 5

En este capítulo hemos descrito las características de la población asilada en la Inclusa de Madrid a la luz de los distintos tipos de recursos que podían realizarse. Con ello, hemos completado nuestra comprensión de las dinámicas implicadas por la coyuntura histórica y la respuesta de sus usuarios.

La sección 5.1 ha ilustrado algunos aspectos generales del recurso a la Inclusa. En primer lugar, hemos discutido las causas generales del abandono. A finales del siglo XIX y principios del XX las tres causas del abandono eran deshonor, vicio y miseria, lo que, utilitariamente, justificaba la elevada mortalidad de los expósitos: sus padres alcohólicos, degenerados, enfermos, etc. les transmitían enfermedades que acababan con ellos. No obstante, con el tiempo, se impuso una visión más realista y menos peyorativa del abandono: se destacaba la buena salud de los abandonados y se enfatizaba el papel de la miseria y las difíciles circunstancias vitales.

La historiografía generalmente ha discutido las causas en función de la dicotomía ilegitimidad-miseria pero en nuestro análisis hemos tratado de avanzar en su explicación, destacando la necesidad de dejar de pensar en el abandono como un concepto único, como si todos los abandonos fueran iguales. De hecho, aunque no podamos hablar de estrategias y causas de abandono a través de los datos empíricos, hemos utilizado el concepto “trayectorias” de madres e hijos para representar las distintas posibilidades. Esto sugiere que el tipo de recurso podía depender de varios factores: la forma específica de admisión, el uso para abandono o parto, la postura de la madre ante la maternidad (gráfico 5.1). Además, la posibilidad de recogida debe ser incluida en las consideraciones sobre las causas del abandono. En nuestro análisis, hemos distinguido entre los abandonos técnicos, (aquellos producidos por el problema de registro y suponían un abandono administrativo seguido de una recuperación) de los abandonos regulares. Hemos considerado aquellos recuperados en los primeros 21 días pertenecientes al primer grupo por varias razones. Su distinción es vital para comprender adecuadamente el recurso a la institución (gráfico 5.3 y 5.4) y la evolución real de la tasa de abandono (gráfico 5.5.).

En la sección 5.2 hemos repasado las características de los expósitos individualizando dos colectivos, los niños nacidos en la Casa de Maternidad y los abandonados a través de Otros Orígenes. Los primeros claramente tenían características distintas de los segundos ya que, además del abandono, sus madres habían requerido el asilo en la institución y el parto institucionalizado. Además, ofrecían una mayor riqueza de información por la propia naturaleza de su registro de admisión. Los niños nacidos en la Maternidad entraban con 0 días hasta 1917, cuando se retrasó una semana a causa del cambio de política de registro (gráfico 5.8); se abandonaban independiente de su sexo (tabla 5.1); y su patrón estacional sugiere un predominio de abandonos en los primeros meses del año y decrecimiento en el verano, siguiendo la tendencia de los nacimientos (gráfico 5.9). En cuanto a las características básicas de sus madres, se aprecia un predominio claro de las mujeres solteras, con un porcentaje de ilegítimos del 90% (gráfico 5.10, imputación de legitimidad en tablas B.3-B.4); el 80% no había nacido en la provincia de Madrid, con ligero predominio de las nacidas en las provincias alejadas de Madrid (gráfico 5.11); y un predominio (70%) de las madres en las edades centrales (20-35 años), seguidas de las menores de 20 años (20%) (gráfico 5.12).

En cuanto a las características adicionales que podemos estudiar para la submuestra de 1915-1916, el 20% declaraba su domicilio habitual en alguno de los pueblos de los alrededores de la ciudad. De entre las que sí tenían domicilio urbano, sus residencias se distribuían por toda la ciudad, con cierta concentración en algunos distritos como Universidad, Inclusa u Hospital (mapa 5.1). Su ocupación mayoritaria dependía de su lugar de residencia. Aquellas residiendo en la ciudad se dedicaban al servicio doméstico (más del 60%) seguidas de las que declaraban sus labores (20%). La situación opuesta ocurría para las residentes en pueblos (tabla 5.2). La tasa de alfabetización, no llegaba al 50%, ligeramente inferior a la de Madrid (tabla 5.3).

Finalmente, hemos podido localizar algunas de las mujeres dando a luz en Maternidad en el padrón de 1915. Eran la población más estable: en mayor proporción nativas de la ciudad, casadas, dedicadas a sus labores y residiendo en mejores barrios. Se caracterizaban por figurar como hijas o esposas del cabeza de familia (tabla 5.3), residiendo en hogares de 1-3 individuos en mayor proporción que en hogares de 4-6 miembros (47 vs. 41 %) (tabla 5.4). En un análisis comparativo entre los casos técnicos y los regulares sobre estas características (estacionalidad, legitimidad, residencia, etc.) el primer grupo presentaba un perfil ligeramente distinto, confirmando la especificidad de su recurso (gráficos B1-B4 y B5).

En cuanto a los niños admitidos a través de Otros Orígenes, se documenta un predominio de aquellos abandonados a través del torno hasta 1917 y un predominio de falta de registro de una procedencia específica a partir de esa fecha (gráfico 5.13 y tabla 5.5). Entre las características de los propios niños, había un predominio de abandonos de menores de 28 días supusieron entre el 60-70%. A lo largo del periodo, los mayores de un año incrementaron su peso del 10 al 30% (gráfico 5.14). Tampoco puede hablar de diferencias al abandono por sexo (tabla 5.6). El patrón estacional es muy similar al de los abandonados en Maternidad aunque el descenso estival era mucho mayor (gráfico 5.15). En cuanto a la filiación, la cantidad de casos que no presentan suficiente información para su cálculo es del 45% y entre el resto, existe un claro predominio de los ilegítimos (gráfico 5.16). El porcentaje de niños que presentaba algún tipo nota materna al abandono varió entre el 40 y el 60% (tabla 5.8). Las causas de abandono reportadas variaban entre la enfermedad (o falta de leche) y falta de recursos mientras que la ilegitimidad estaba virtualmente ausente (tabla 5.9).

Finalmente, en la sección 5.3 hemos abordado una forma de recurso relativamente poco estudiada, que nos informa de una dimensión más del uso de la institución: el abandono de hermanos. Se han identificado 1597 grupos de hermanos que suponían el 6,22% de los expósitos, fundamentalmente compuestos de parejas (tabla 5.10). Comparados con los abandonos únicos, el conjunto de los hermanos abandonados tenía un porcentaje mayor de niños mayores de un año y legítimos, y sus madres tendían a dejar mayor cantidad de información (en edad y origen) (tabla 5.11). Pese a estos rasgos de continuidad entre ambos colectivos, los grupos de hermanos no eran un colectivo homogéneo ya que podían existir distintas razones para un abandono de grupo. Excluyendo los partos gemelares, que no se diferenciaban causalmente, de los abandonos únicos, existían dos tipos de abandonos de grupos: el abandono consecutivo (recién nacidos abandonados en distintos años), cerca del 60%, asociado en mayor medida a niños ilegítimos; y el abandono simultáneo, implicando el abandono de todo el grupo o una buena parte de los grupos de hijos supervivientes en un momento dado y

que solían tener distintas edades, asociado con niños de origen legítimo (5.12 y gráfico 5.18).

Así, vemos que en el uso de la Inclusa existían trayectorias distintas antes y después de la institucionalización (en función del recorrido de madres e hijos) que se pueden relacionar con la existencia de distintas causas del abandono pero también causas para recurrir a la institución. Las propias características de niños y madres a la entrada nos ayudan a describir algunas de esas características, añadiendo más información sobre cómo se percibía y usaba la institución.

SUMMARY CHAPTER 5

In this chapter we have described the foundling population characteristics in the FHM taking into account the different types of recourses that could be carried out. In doing so, we have completed our understanding of the dynamics derived from the historical juncture and the FHM users' response.

In section 5.1 we have illustrated some general aspects of the recourse to the FHM. Firstly, we have discussed the general causes of abandonment. At the end of the 19th century and beginning of the 20th, the three causes were dishonour, vice and poverty which, pragmatically, justified the high foundling mortality: their degenerated, alcoholic, sick parents transmitted fatal diseases to their abandoned offspring. However, with time a much more realistic and less pejorative vision was adopted: the role of poverty and hard life circumstances were emphasized as leading causes of mortality and the importance of foundlings' good health was underlined.

Literature has traditionally discussed causes in terms of the illegitimacy-poverty dilemma but our analysis has attempted to move the explanation forward by stressing the need to stop thinking about abandonment as there was only one type of abandonment. In fact, although it is not possible to discuss strategies and causes of abandonment through empirical data (graph 5.2), we have used the concept 'mother and children trajectories' to represent the different possibilities at play. This suggests that the type of recourse could depend on several factors: specific means of admission, use for abandonment or delivery, and mother's approach to maternity (graph 5.1). Additionally, the possibility of retrieval and the reality of the use of the institution have to be taken into account when thinking about abandonment (particularly in the presence of data problems). In our analysis, we have distinguished between technical abandonments (those produced by a registration problem that implied an administrative abandonment followed by retrieval) and regular abandonment. For several reasons, we have considered those children retrieved before the 21st day of life as belonging to the first group. Differentiating them is key to understanding properly the recourse to the institution (graph 5.3 and 5.4) and the real evolution of abandonment rates (graph 5.5).

In section 5.2 we have described foundlings characteristics for two groups, those born in the MH and those abandoned through Other Origins. The first group must have had different characteristics than the second as, in addition to abandonment, their mothers required shelter in the institution and attendance at birth. Also, more information was collected for them because of the registration process in the MH. Children born in the MH were admitted with 0 days until 1917, when a new registration policy delayed admission age until one week of age (graph 5.7); they were abandoned no matter their sex (table 5.1); and the seasonal pattern suggests a higher intensity of abandonment in the first months of the year with a decline during the summer, following the trend for births in the city (graph 5.8). According to maternal characteristics, there was a clear majority of non married women, with an illegitimacy ratio of over 90% (graph 5.9, legitimacy imputation procedure in tables B.1-B3); 80% of them had not been born in the of province Madrid, with a slight predominance of those born in provinces further than the adjacent ring around Madrid (graph 5.10); and a majority (70%) of women in the central ages (20-35 years), followed by those younger than 20 years (20%) (graph 5.11). Specifically, for the subsample of those giving birth

in 1915-1916, we see that a 20% of cases declared a nearby village as their permanent residence (table B.4). Among those declaring an urban residence, addresses were distributed across the whole city, with slightly larger concentrations in districts such as Universidad, Inclusa or Hospital (map 5.1). Their occupation depended on their place of residence: those living in the city were mainly employed in the domestic service (more than 60%) followed by homemakers (20%). Reverse situation occurred for those living in nearby villages (table 5.2). Regarding literacy, rates did not reach 50%, slightly less than the figures for the whole city at that time (table 5.3).

We have located some of the mothers delivering a baby in the MH in the 1915 listing of inhabitants. They were the more stable population: largely natives of the city, married, homemakers, and living in the best neighbourhoods. Additionally, they were sisters or wives of the head of the household, lived predominantly in households of 1-3 individuals (47% vs. 41% of households with 4-6 individuals) (table 5.4). In a comparative analysis of technical and regular abandonments, the first group had a very different profile, confirming the specificity of the type of recourse they portrayed (graphs B.2-B.4, map B.2 and tables B.5-B.7).

Regarding the second group, children admitted through Other Origins, we find a majority of those abandoned through the turning wheel until 1917 and a majority of cases with “no registration” from that date onwards (graph 5.12 and table 5.5). Among children’s characteristics, we find a majority of those younger than 28 days, which accounted for 60-70%. Through the period, children older than 1 year increased their share from 10 to 30% (graph 5.13). We can not find sex differences for this group (table 5.6). The seasonal pattern is quite similar for those abandoned through the MH although the summer decrease was higher (graph 5.14). With respect to legitimacy, the amount of cases of unknown origin is 45%, and, among the rest, there is a clear majority of illegitimate children (graph 5.15). Percentage of children presenting some type of maternal note varied between 40 and 60% (table 5.7). Reported causes of abandonment ranged from disease (or inability to breastfeed) to economic scarcity, illegitimacy was virtually absent in them (table 5.8).

Finally, in section 5.3 we have focused on a way of resorting to the FHM that has been relatively little studied, allowing us to focus on an additional dimension of the uses of the institution: abandonment of sibships. We have identified 1597 groups of siblings that accounted for 6.22% of total number of foundlings, mainly two-sibling groups (table 5.9). Compared to single abandonments, groups of abandoned siblings involved a higher percentage of older and legitimate children; and their mother had left information in higher numbers (age and origin) (table 5.10). In spite of this continuity of profiles, the sibship groups were not homogenous as the reasons for abandoning a group of siblings were very different. Excluding twin births, that were causally no different than single abandonments, there were two types of group abandonment. First, consecutive abandonments were much more prominent (newborns abandoned in successive years) and accounted for around 60% of cases. They were associated to illegitimate births. Second, there were also simultaneous abandonments, implying the abandonment of the whole group or a large amount of surviving children, which usually were of different ages. It was associated mainly with legitimate children (table 5.11, B.8 and graph 5.17).

In conclusion, there were very different trajectories in the FHM before and after institutionalization (according to mother's and children's experiences) that can be linked to different causes of abandonment but also to different causes for resorting to the institution. Children's and mother's characteristics at admission help us to describe some of these circumstances, adding more information about how the institution was perceived and used in our period.

SEGUNDA PARTE: LAS EXPECTATIVAS VITALES DE LOS EXPÓSITOS

Los niños son recogidos en la portería o por el turno, cuyos graves inconvenientes reconoce hoy todo el mundo, y una vez filiados, pasan a las salas cunas, donde se someten al régimen de asilamiento. La lactancia se realiza por medio de amas, ordinariamente mal retribuidas, y cada una de las cuales ha de amamantar a más de un niño, a veces a cuatro y a más, como lechigada de gatitos. Una alimentación supletoria de leche de animal o de féculas subviene a las deficiencias de la nodriza. Otros niños son enviados a las aldeas para que los críen las amas que allí viven, y aunque al parecer ganan en influencias higiénicas, quedan indefensos ante las crueldades del abandono. A. López Nuñez (1908) *La protección a la Infancia en España*

La primera parte de esta tesis ha buscado delinear los perfiles del fenómeno del abandono infantil dentro del marco amplio de los usos de la institución. Como hemos descrito, detrás de la admisión había un importante número de circunstancias diferenciadoras, que podían y generalmente tenían un importante efecto sobre las expectativas vitales y la experiencia subsecuente del expósito.

Así, esta segunda parte se ha dedicado enteramente a abordar hasta qué punto afectaban y cual era la dirección del efecto de las características y circunstancias del abandono en la trayectoria de los niños abandonados en la institución. Hemos abordado sucesivamente el envío a lactancia, que era un tipo de destino intermedio clave en la supervivencia del niño, y los dos eventos fundamentales que podían ocurrir al niño para poner final a su estancia en la institución: la recuperación por parte de los padres y la muerte.

Formalmente, hemos seguido manteniendo la estructura y selección de temas estudiados clásicos de la historiografía previa pero hemos incorporado nuestra propia perspectiva interdisciplinar que utiliza la metodología cuantitativa no tanto como apoyo del discurso sino como herramienta para responder a las preguntas que la reflexión sobre el abandono nos presenta.

Para ello, hemos analizado las tendencias (agregados) así como los mecanismos implicados en la ocurrencia de los distintos eventos (individuales) prestando atención especial a las características maternas que podían influir en ellos. Este giro metodológico permite, por una parte, compensar parte de la información que no podemos obtener dada la escasez de información adicional y, por otro, abordar aspectos de los fenómenos relacionados con la vida de los expósitos que no se habían estudiado hasta el momento.

CAPÍTULO 6. LA LACTANCIA EN LA INCLUSA: IDEOLOGÍA MÉDICA Y REALIDAD INSTITUCIONAL

Entre las distintas posibles experiencias que podían ocurrirle a un expósito, una de las más importantes por las implicaciones futuras sobre su salud (su posibilidad de sobrevivir en la institución) era el tipo de lactancia que recibían al ser admitido a la institución y si ésta era continuada a cargo de una nodriza rural. Se trataba de una experiencia que podemos determinar “intermedia” que afectaba profundamente a lo que se han denominado “destinos finales” de los expósitos. Se trata del aspecto fundamental abordado en este capítulo.

No obstante, en primer lugar, como introducción del tema general de los destinos de los expósitos, y para comprender el papel específico que la lactancia interna y el envío a lactar al exterior tenían en la determinación de éstos, hemos iniciado nuestro discurso con un breve recorrido por las expectativas vitales desde el punto de vista del análisis longitudinal.

El tiempo de espera ha sido el elemento de importancia vital que hemos podido estudiar en detalle (introduciendo la metodología estadística) dada la disposición de información sobre este evento para todos los niños. Su análisis nos ha permitido comprender con claridad el lugar de esta práctica en el abanico de posibilidades de los niños institucionalizados y configurarse en punto de partida imprescindible para el análisis de los otros dos destinos en los capítulos siguientes.

6.1. LAS EXPECTATIVAS VITALES DE LOS EXPÓSITOS DESDE UNA PERSPECTIVA LONGITUDINAL

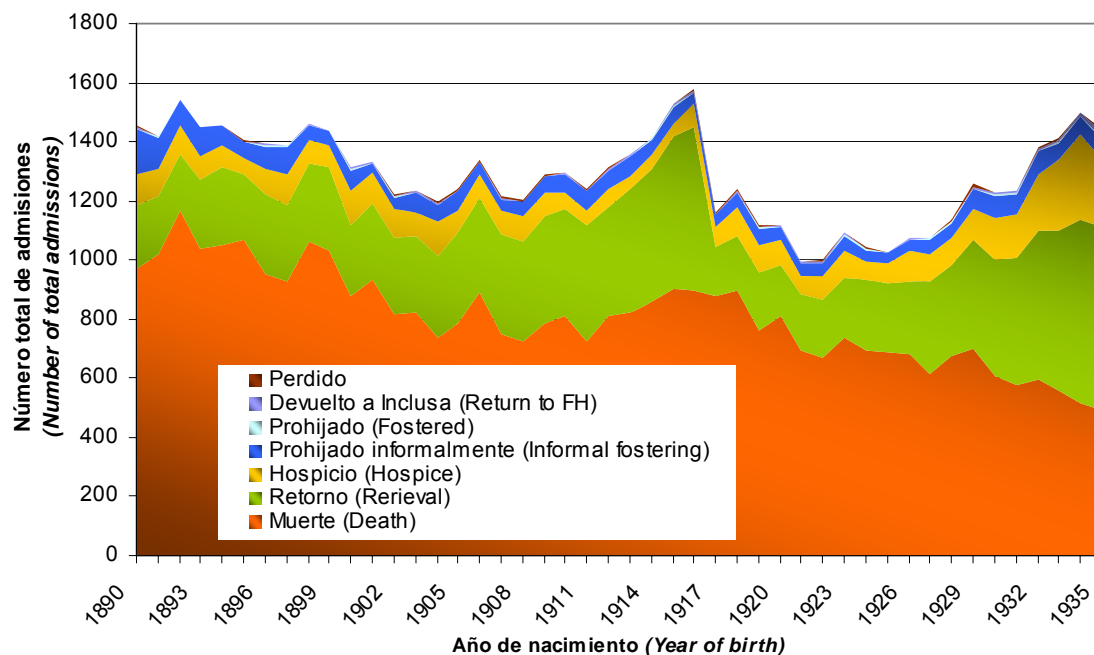
La historiografía dedicada al estudio de los expósitos ha abordado las distintas posibilidades que podían esperar a los niños una vez admitidos a la Inclusa a través de la descripción cuantitativa de su prevalencia. Esta aproximación ha permitido obtener una idea general de la función de la institución y del resultado final de las vidas de los niños asistidos pero, dada su simplicidad, ha limitado el horizonte de preguntas que se pueden plantear. Los desarrollos teóricos y metodológicos aparecidos en las últimas décadas ofrecen herramientas para sortear algunos de los problemas asociados con esta técnica a la vez que ofrecen la posibilidad de responder a preguntas capaces de informarnos sobre aspectos de la vida expósita desconocidos hasta ahora.

La manera tradicional de entender las posibilidades que indicaban el fin de la vida institucionalizada está representada en el gráfico 6.1. La lectura de este gráfico descriptivo indica que el resultado final de la mayor parte de vidas institucionalizadas era la muerte, seguida por el retorno. Este último presenta dos momentos de crecimiento: 1911-1917 y 1923-1935. El paso al hospicio tenía una presencia marginal aunque mantuvo una importancia constante en todo el periodo. El prohijamiento informal (sin formalización administrativa) fue muy limitado aunque mucho más extendido que la adopción legal. Existió un número muy limitado de casos que fueron retornados a la institución sin que se registrara ningún otro acontecimiento posterior junto con otra pequeña cantidad de casos que no ofrecen ninguna información tras las

circunstancias anotadas en su abandono (perdidos) pero su relevancia es muy escasa ya que combinados no alcanzan ni el 1%, por lo que descartarlos no perjudica notablemente el análisis⁶⁴⁴. El reducido número de estos casos problemáticos sugiere la buena calidad de la fuente, lo que determina una elevada calidad de nuestra inferencia. En general, si se pone esta imagen en contexto con los datos ofrecidos por otras instituciones nacionales, la imagen no es muy distinta, salvo por la mayor importancia de las defunciones en Madrid⁶⁴⁵.

Gráfico 6.1. Evolución del resultado final de las vidas institucionalizadas de los expósitos abandonados en la Inclusa de Madrid en toda su trayectoria institucionalizada, 1890-1935.

[Graph 6.1. Evolution of final outcomes after institutionalization of foundlings abandoned at the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration]

El análisis exclusivo de frecuencias o de porcentajes sobre el total (aunque se analice en función de distintas variables, edad, sexo, etc.) no hace un uso pleno de la información que ofrecen los datos e impone una serie de asunciones sobre su concepción que pueden sesgar la comprensión del fenómeno. Algunas de las limitaciones más importantes son las siguientes:

En primer lugar, la individualización de las distintas opciones en gráficos y representaciones impone una linealidad implícita en la interpretación que no se reconoce en el discurso. De hecho, cuando, por simplificar, se habla de los destinos de los expósitos⁶⁴⁶, precisamente se puede caer en esta linealidad, olvidando que el

⁶⁴⁴ Un análisis detallado de éstos revela que no seguían una distribución específica en función de ninguna de las variables por lo que no suponen ningún problema a la inferencia.

⁶⁴⁵ RODRÍGUEZ MARTÍN: “El destino de los niños de la Inclusa de Pontevedra, 1872-1903”, págs.355-388.

⁶⁴⁶ Encontramos ese término, por ejemplo, en el artículo de Ibid., pero también se puede ver en el discurso de otros trabajos como: MARTÍN GARCÍA, A., PÉREZ ÁLVAREZ, M. J., y LÓPEZ PÉREZ,

resultado que se observa no fue fruto de una selección a priori. Simplificando, esto quiere implica que, por ejemplo, una tasa de recuperación del 15% no representaba que sólo se quisiera recoger ese porcentaje sino que fue el que pudo ser recogido porque no murió o fue enviado a lactar con anterioridad. Aunque parezca evidente, en la forma de realizar las inferencias, en ocasiones se olvida que los otros destinos interferían con nuestra lectura de cada uno de ellos, fruto de la complejidad de la experiencia vital de los expósitos.

En el capítulo anterior, hemos tratado de exponer algunos ejemplos de la dependencia de las distintas posibilidades que deparaban a un niño en relación con el retorno pero, en el gráfico 6.2 hemos ofrecido una simplificación para todos esos “destinos”. Si pensamos que, bajo el punto de vista de la función tradicional de las Inclusas, el “destino natural” de un niño abandonado era ser tutelado por la Inclusa hasta que alcanzara la edad adecuada para ser transferido a otra institución, podemos ver claramente la compleja relación entre todas las posibilidades. Podemos pensar que su vida institucional estaba iniciada por la admisión y que su fin en el hospicio sólo ocurría si no se veían afectados por el tratamiento institucional o alguno de los otros eventos que podían afectar. Durante ese periodo, el ser enviado a lactar al campo alteraba sus probabilidades de ser recuperado y morir correspondientemente. Así como su devolución. Si nuestro interés se centrara en uno de esos eventos, las otras posibilidades también tendrían que tenerse en cuenta. Así, por ejemplo, la recuperación de un niño nos impide documentar la defunción cuando ocurría y la defunción de un niño nos impide confirmar que se intentó recuperar en algún momento. Existe una dependencia de cualquier evento de estudio que abordemos de los hechos ocurridos (o no ocurridos) anteriormente. En esencia, documentamos un evento si no ha ocurrido ninguno de los anteriores y éste es un punto que es preciso tener en mente al tratar de extraer cualquier inferencia.

En segundo lugar, las lactancias exteriores aparecen fuera de la consideración práctica pese al consenso generalizado sobre su importancia para la supervivencia de los expósitos. Es decir, la aproximación tradicional de computar porcentajes de ocurrencia del evento en función de si éste se producía dentro o fuera ignora el hecho de que la lactancia externa era también un destino (aunque intermedio) en sí mismo y que la cadena causal de razones detrás de la salida de un niño a lactar podría afectar seriamente las estimaciones.

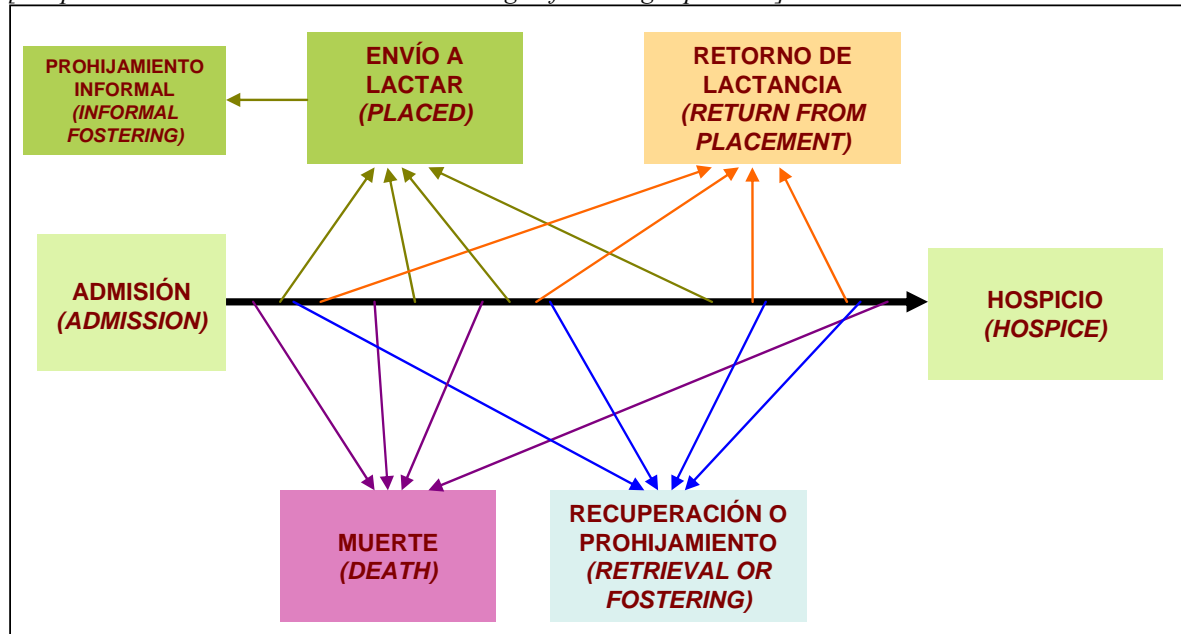
En tercer lugar, la descripción de porcentajes de ocurrencia no permite la distinción de patrones claros que nos ayuden a profundizar en las expectativas vitales que esperaban a los expósitos, una vez abandonados. A nivel agregado, dificulta la comprensión porque las oscilaciones que se ven en las tendencias no sólo están relacionadas con el comportamiento de uno de los eventos demográficos, sino que pueden estar afectados por la oscilación de ambos (es decir, la probabilidad de experimentar un evento puede tener que ver no con el cambio de conducta sino con el

R. E.: “Sistema asistencial, nodrizas y mortalidad infantil en León, 1700-1791”, comunicación presentada en el *VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Mahón (Menorca), 31 mayo-2 junio, 2007, PÉREZ ÁLVAREZ, M. J. y MARTÍN GARCÍA, A.: “Exposición y supervivencia en la provincia de León a finales del Antiguo Régimen”, comunicación presentada en el *VIII Congreso de Demografía Histórica (ADEH)*, Mahón (Menorca), 31 mayo-2 junio, 2007. En la medida de lo posible, en nuestra investigación hemos tratado de evitarlo para mantener nuestro énfasis en comprender la realidad como un escenario sucesivo de posibilidades alternativas.

descenso de otra que permite que la primera se produzca). En el nivel individual, las diferencias en la experiencia de esos eventos en función de las características de los niños se han explorado relativamente poco y, sobre todo, han estado restringidos fundamentalmente al análisis de la mortalidad.

Gráfico 6.2. Las distintas posibilidades y sus momentos de ocurrencia en la experiencia expósita.

[Graph 6.2. Possible outcomes and their timing in foundling experience].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

Ante estos problemas intrínsecos a la aproximación tradicional, es necesaria una metodología que permita ir más allá de estas limitaciones y estudiar los datos respetando su naturaleza, es decir, utilizar un enfoque teórico que tenga en cuenta la evolución de los riesgos (a experimentar distintos eventos) a lo largo de la vida –teoría del curso de la vida– y una metodología que nos permita explotarlos adecuadamente –análisis de historia de eventos–. Este cambio de óptica implica dos aspectos clave⁶⁴⁷:

En primer lugar, el análisis longitudinal cambia la forma de considerar los niños: de unidades que experimentan uno de varios múltiples acontecimientos de interés a tiempo (en días) que pasan expuestos a la posibilidad de experimentar un evento, de forma que la ocurrencia de otro evento distinto los hace salir del grupo de estudio. Se pasa de hablar de porcentajes de ocurrencia a la probabilidad de experimentar un evento durante el tiempo que se estaba en riesgo de experimentarlo. En segundo lugar, permite la realización de inferencias a dos niveles, agregado e individual, y realizar comprobaciones estadísticas de la significación de las diferencias encontradas (permitiéndonos saber si son reales o están producidas por variaciones aleatorias).

En nuestra implementación de esta metodología, además, hemos tenido en cuenta un factor clave: la falta de homogeneidad de la población asistida. Aun cuando todos los análisis de expósitos previos y algunos de los que han utilizado este tipo de metodología han tenido en cuenta que existían diferencias en la experiencia de un

⁶⁴⁷ Ver capítulo 1, epígrafe 1.4.2.

evento según determinadas características o circunstancias, en general, se ha utilizado como una característica más que permite ilustrar diferencias pero que no implica diferentes estructuras de comportamiento y probabilidades. En el caso de que existan los sub-grupos, obviarlos implica mezclar poblaciones radicalmente distintas entre sí y obtener estimaciones “medias” que no representan a ninguna de ellas o representan a la mayoría, perdiendo la posibilidad de capturar esas experiencias minoritarias.

En nuestro caso, los capítulos anteriores nos han ayudado a comprobar la existencia de estas distintas circunstancias de abandono y, por lo tanto, creemos que es importante incorporarlas plenamente como sub-poblaciones que deben ser individualizadas para no ofrecer medias engañosas que no representen individuos reales.

Por un lado, el origen del niño (Maternidad u Otros Orígenes) implica diferencias de partida que necesariamente pueden manifestarse en diferencias en la probabilidad de experimentar eventos. El origen determina la edad al abandono, de modo que los niños de Maternidad eran siempre recién nacidos, mientras que no todos los niños abandonados a través de los Otros Orígenes lo eran, creando una distinta estructura de edad que puede estar detrás de algunos efectos. Además, el origen también podía determinar una razón para estar presentes en la institución distinta del abandono en sí mismo y que puede determinar ya el evento más probablemente experimentado. Como ya hemos apuntado, la existencia de los abandonos técnicos se documenta en exclusiva en los abandonos de Maternidad, que necesariamente pertenecían a circunstancias distintas de aquellos cuyas madres acudían a la institución para el abandono. Finalmente, es importante tener en cuenta que el nivel de registro de la información también puede afectar a los resultados. Algunas variables para algunos grupos sufren de un severo sub-registro (como hemos visto, las relacionadas con la madre en el caso de Otros Orígenes) y es posible que esas variables no sean comparables entre grupos de origen o que requieran precaución al tratarlas porque su significado puede tener una lectura distinta (si no se registran apenas edades de la madre, que una mujer reporte su edad puede indicarnos algo más que su edad).

Por otro lado, no solo la edad a la entrada, sino las diferentes edades por las que pasaba un niño estando en la institución podían implicar distintas probabilidades de ocurrencia de unos u otro evento: tanto la mortalidad como el retorno temprano (que respondía en realidad a un abandono técnico) eran fenómenos que podían ocurrir muy pronto pero otros como el paso al hospicio no podían tener lugar necesariamente hasta mucho más tarde. Y es posible que los determinantes de experimentar uno u otro de los eventos tampoco se mantuvieran estables a lo largo de la vida de los niños, al menos con respecto a la mortalidad, con distintos factores cobrando distinta importancia a lo largo del tiempo.

Y, finalmente, hemos tenido en cuenta el periodo. El estudio abarca un periodo de tiempo de 46 años en un momento clave para la ciudad y la institución: el descenso de la mortalidad, el cambio de discursos en torno al papel de las madres, el tratamiento de los niños en la institución, etc. por lo que es preciso tener en cuenta que los mismos procesos no necesariamente tenían que estar en marcha durante todo el tiempo.

Para cada una de las posibilidades principales, defunción y recuperación, hemos realizado un análisis detallado en los siguientes capítulos, tratando de comprender tanto la evolución de las tendencias como los mecanismos que actuaban a nivel individual

para aumentar o disminuir las probabilidades de que ocurrieran. El caso de los niños enviados al Hospicio se ha dejado por dos razones. Por un lado, se trataba de la “salida” esperada de los expósitos de la Inclusa por lo que no existen realmente condicionantes específicos que los llevaran a ese resultado: es decir, eran transferidos al Hospicio si ninguna de las otras posibilidades había ocurrido con anterioridad. Por otro lado, el análisis estadístico de su transferencia carece de interés sin un apoyo de información contextual sobre su vida futura, de la que carecemos. Por tanto, es más adecuado concentrarnos en aquellos acontecimientos finales que implican interrupciones, esperadas o inesperadas, de esa trayectoria y en los que las características de los expósitos o de sus madres pueden tener algún tipo de influencia, permitiéndonos descender a aspectos no abordados hasta el momento en los estudios de expósitos.

6.2. LA LACTANCIA EN LA INCLUSA

Para la comprensión del sistema de lactancia y crianza en la Inclusa, tanto en el interior de sus instalaciones como la que se realizaba en pueblos a cargo de las nodrizas externas hemos tenido en cuenta tanto el discurso teórico sobre lo que “debía hacerse” o “lo que se decía estar haciendo” (según los médicos de la institución) así como el análisis de la información cuantitativa disponible sobre las prácticas de la institución (a través de estadísticas publicadas o los propios datos contenidos en los Libros de Entradas y Salidas).

En este tema la disponibilidad de datos detallados sobre la experiencia de la lactancia interna y externa de la institución es muy limitada por varias razones: en primer lugar, no hemos podido localizar los expedientes clínicos que llevaban los médicos en los que se consignaba la información sobre la lactancia interna de los expósitos (qué régimen, quién lo administraba, cuántos días y con qué resultado)⁶⁴⁸. Por tanto, carecemos de información específica sobre el tratamiento que recibían a la llegada los niños. En segundo lugar, la única información que se ha recopilado sobre las lactancias externas ha sido sobre la localización y fecha del envío dado que los objetivos para los que se diseñó esta base de datos originalmente no incluían un interés específico en las nodrizas.

No obstante, creemos que con la combinación de la profusa información dejada por los médicos y las evidencias cuantitativas que se pueden rescatar de distintas fuentes, además del análisis detallado del envío a lactar (para el que los datos son de primera calidad), podemos trazar una imagen completa y rigurosa de todo el sistema e incluso ofrecer algunas perspectivas novedosas.

En nuestro análisis hemos tenido en cuenta la interconexión de varios discursos además de la realidad institucional. Por un lado, este fenómeno se enmarca en el cambio ideológico generalizado en la sociedad con respecto a la adecuación de la lactancia mercenaria y su interrelación con el discurso de la mujer y la mortalidad infantil pero también, en el propio discurso más concreto de los médicos de la institución sobre el correcto tratamiento de los expósitos así como la realidad de la situación de las inclusas.

⁶⁴⁸ Tanto en la Memoria de 1918 como en su trabajo de 1923 Bravo y Alonso hacen frecuente referencia a que sus estadísticas se compilaban utilizando las historias clínicas de los niños pero, de conservarse, no se han enviado al Archivo Regional de la Comunidad de Madrid, donde se trasladó toda la información una vez se cerró el Instituto Provincial de Puericultura.

Por otro lado, finalmente, hemos tenido en cuenta particularmente las distintas opciones de lactancia y su evolución a lo largo del tiempo. Para ello, en el primer epígrafe hemos tratado las cuestiones ideológicas principales y en los dos siguientes hemos tratado de comprender la situación específica de la Inclusa en la lactancia interna y externa de los expósitos.

6.2.1. EL DISCURSO MÉDICO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA, MERCENARIA Y ARTIFICIAL EN EL CONTEXTO DE LA INCLUSA

La lactancia mercenaria ha sido una dedicación de las mujeres desde la Antigüedad pero durante el siglo XIX y el XX fue objeto de la atención del discurso médico en el marco de la construcción de la puericultura, la redefinición de la imagen de la mujer y la lucha contra la mortalidad. En el capítulo 2 ya hemos comentado algunos aspectos básicos sobre la postura médica ante la lactancia mercenaria por su relación con la mortalidad infantil tanto para la sociedad general como en el ámbito exclusivo de la Inclusa. No obstante, es importante definir algunos aspectos más concretos de este discurso y su justificación para poder apreciar en mejor medida la situación de la institución y la alimentación de los expósitos.

El rechazo a la lactancia mercenaria durante el siglo XIX rompió con una tradición secular que durante el siglo XVIII había llegado a ser incluso respaldada por algunos pensadores como un mal menor como respuesta a la confluencia en el cuerpo femenino de dos deberes. Por un lado, durante la lactancia se recomendaba la abstinencia sexual tanto para evitar nuevos embarazos como para reducir peligros en la vida de los niños pero, por otro, se temía que esta práctica pudiera llevar al alejamiento del marido y, eventualmente, al adulterio. La lactancia mercenaria permitía a la mujer solventar la dicotomía moral sobre quien tenía la preeminencia sobre su cuerpo: el esposo o el hijo⁶⁴⁹.

Entre las clases altas y medias contratar los servicios de una nodriza era una costumbre habitual y en ciudades grandes como Madrid y Barcelona la extensión de la lactancia maternal entre finales del siglo XIX y el XX se ha cifrado en cerca del 50%⁶⁵⁰. En el Madrid del siglo XIX, diversos autores han descrito el importante negocio de la lactancia mercenaria. Los padres acomodados de la ciudad sólo tenían que contestar a un anuncio en el *Diario de Avisos*, acudir a una agencia de nodrizas o contratar directamente a alguna de las nodrizas que diariamente esperaban su suerte en la Plaza de Santa Cruz. Se prefería contratar particularmente a las provenientes del norte de España, especialmente de la región del Pas, porque se les suponían unas virtudes morales y físicas superiores. Poder contratarlas era una señal de estatus por lo que se las vestía ricamente y se las hacía pasear a los niños por lugares públicos como la Carrera de San Jerónimo⁶⁵¹.

⁶⁴⁹ LÓPEZ-CORDÓN, M. V.: “Familia, sexo y género en la España moderna” en *Studia Historica. Historia Moderna* nº 18, 1998, pág.120 y ss.

⁶⁵⁰ RODRÍGUEZ OCAÑA: “Una medicina para los niños”, pág.151.

⁶⁵¹ Sobre el mercado de las nodrizas privadas en Madrid, ver SARASÚA: *Criados, nodrizas y amos: el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, pág.171, COLMENAR, O.: “Nodrizas y lactancia mercenaria en España durante el primer tercio del siglo XX” en *Arenal* nº 14 (2), 2007, pág.340-341, NAVARRO, P.: “Lactancia mercenaria: hipocresía y explotación” en *Asclepio* nº 35, 1983, pag.378.

Pese al mantenimiento de esta costumbre durante el siglo XX, ya desde finales del siglo XIX la comunidad médica llegó a un consenso en el rechazo de la lactancia mercenaria generalizada. Dada la preocupación médica por la salud y mortalidad infantil, se extendió el rechazo a esta forma de alimentación infantil, enfatizándose la lactancia materna como medio de luchar contra la mortalidad. Este movimiento estaba enmarcado en todo un movimiento ideológico hacia la demarcación de la función de la mujer en el hogar a través de la justificación de la dedicación femenina a la crianza y a las labores domésticas (ver capítulo 2)⁶⁵².

Algunos autores citan las discusiones celebradas en la Academia de Medicina de París en 1870 como el punto de partida del rechazo a las nodrizas⁶⁵³. Los médicos españoles se hicieron eco de las declaraciones de sus homólogos franceses y se manifestaron en la misma dirección desde el primer momento. En 1895 el doctor Ribera elogiaba y recordaba el informe de Bertillon al Congreso Internacional de Higiene de París responsabilizando la lactancia mercenaria de la mortalidad infantil en Francia.⁶⁵⁴ En 1907 el doctor Sarabia y Pardo decía que “la lactancia materna es el elemento más importante de profilaxis de la morbilidad y mortalidad infantil de 0 a 1 año de edad”.⁶⁵⁵ Entre las conclusiones del Primer Congreso de Pediatría español en 1914 se declaraba la necesidad de “fomentar el establecimiento de Gotas de Leche para defender y auxiliar la lactancia materna”⁶⁵⁶. Más adelante, en el Congreso de Pediatría de 1923 el doctor Arisque concluía que la lactancia materna no “sólo era alimento específico sino buen medicamento”⁶⁵⁷ y aún en los años 30 se mantenía el mismo discurso.

Pese a esta insistencia, desde las últimas décadas del siglo XIX hasta el inicio de la guerra civil en España, el discurso cambió ligeramente en cuanto a la consideración médica de la lactancia artificial, de forma que podemos identificar tres periodos. Desde finales del siglo XIX y durante las dos primeras décadas de siglo el discurso médico se manifestaba abiertamente en contra de casi cualquier otra forma de lactancia. La única excepción era la enfermedad que previniera esa práctica o la inadecuación o incapacidad de producir la secreción láctea, para lo que se recomendaba la lactancia mercenaria. El rechazo a la alimentación artificial era total pero, si era imprescindible, se prefería la lactancia animal a los sustitutivos, pese a que los primeros sustitutos de la leche materna, productos de harina lacteada Nestlé, ya habían hecho su aparición en la década de los 70. En cualquiera de tener que recurrir a alguna de esas dos lactancias alternativas, la aceptación médica de su administración pasaba por su exclusiva

⁶⁵² DEL AMO DEL AMO: *La familia y el trabajo femenino en España durante la segunda mitad del siglo XIX*, pág.565.

⁶⁵³ AGUILAR CORDERO, M. J.: “Conceptos, definiciones e historia de la lactancia. Nodrizas” en AGUILAR CORDERO, M. J. (Ed.), *Lactancia materna*, Elsevier, Madrid, 2005, pág.11.

⁶⁵⁴ RIBERA SANS, J.: “Discurso del señor don José Ribera Sans en contestación al anterior” en GONZÁLEZ ALVAREZ, B. (Ed.), *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, Carrión Hermanos, Impresores, Madrid, 1895, pág.50.

⁶⁵⁵ SARABIA Y PARDO, J.: “Protección a la infancia de la primera edad”, comunicación presentada en el *II Congreso Internacional de las "Gotas de Leche"*, Bruselas, 1908.

⁶⁵⁶ “Conclusiones del Primer Congreso Nacional de Pediatría” en *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad*, 1914.

⁶⁵⁷ ARISTEGUI, V.: “Algunas consideraciones sobre lactancia materna”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923, pág.170.

supervisión técnica, tanto en el sentido de la selección de las nodrizas como en la administración de la leche animal o artificial⁶⁵⁸.

Un segundo periodo puede definirse para englobar las circunstancias de los años veinte, cuando se produjo una cierta popularización (restringida a clases altas y medias de la sociedad, no obstante) de la lactancia mixta, es decir, la práctica de complementar la lactancia materna con biberones de fórmula. Algunos autores como el doctor Entrecañales señalaba, quizá con cierta exageración, de que “casi todas las madres, tarde o temprano, a menudo antes de lo debido, con o sin justificación, echan mano del biberón par ayudar en la crianza de su hijo⁶⁵⁹”. La constatación de esta tendencia llevó a los médicos a hablar de que había un periodo de “crisis de la lactancia materna”. García-Duarte Salcedo sostenía que:

El progreso y la civilización moderna han traído una crisis profunda en la lactancia materna. La emancipación de la mujer de su antigua postergación, su intervención en las profesiones y el comercio, son hasta cierto punto incompatibles con los cuidados que requiere el lactante⁶⁶⁰.

La paulatina aceptación de la alimentación mixta y de la artificial, siempre dentro de la supervisión médica durante estos años, coincidió con el inicio de la reglamentación de esta última. En 1926 se inició el proceso de establecimiento de los estándares de composición y pureza de las fórmulas infantiles con la inclusión de los sustitutivos de la lactancia en el registro de especialidades farmacéuticas.

En los años 30, podemos hablar de una tercera fase de aceptación de los productos de lactancia artificial y de petición de un mayor control y unificación. Los conceptos que se trataban eran la similitud a la leche materna, digestibilidad, facilidad de asimilación y la forma de consumo. La aceptación de estos productos no supuso la reversión del discurso sino la incorporación de estos productos con mayor respaldo en los casos en los que no se podía llevar a cabo la lactancia natural⁶⁶¹.

Entre los médicos encargados de la Inclusa podemos ver el mismo tipo de declaraciones. Argumentos de tipo biológico pero también moral se esgrimían para convencer a las madres de la necesidad de esta práctica y de no escuchar los consejos ignorantes que las disuadieran de llevar a cabo su función moral y biológica:

La leche de una especie de mamífero tiene composición adecuada para los hijos de la misma especie. Si damos la leche de un mamífero a los hijos de otra especie distinta, vendrán perturbaciones y enfermedades⁶⁶².

La mujer no puede sustraerse a esta ley natural⁶⁶³.

⁶⁵⁸ SARABIA Y PARDO, J.: *Datos estadísticos de la mortaliad infantil (de 0 a 1 año de edad) en España. Rapport*, Administración de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas, Madrid, 1917.

⁶⁵⁹ ENTRECAÑALES, J.: “La lactancia mixta y artificial en los primeros meses. Ventajas e inconvenientes de algunos productos lácteos”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923, pág.108.

⁶⁶⁰ R. García-Duarte en 1927 citado por PERDIGUERO GIL, E. y CASTEJÓN, R.: “Médicos, regulación estatal y empresas alimentarias en la introducción y consumo de las fórmulas infantiles en España (1900-1936)”, comunicación presentada en el Seminario *Salud y ciudades en España, 1880-1940. Condiciones ambientales, niveles de vida e intervenciones sanitarias*, Barcelona, 8-9 julio, 2010, pág.11.

⁶⁶¹ Ibid., pág.8 y 13.

⁶⁶² HERNÁNDEZ BRIZ: *La Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid. Su estado actual y su porvenir.*, pág.8.

... los consejos imprudentes mal entendidos...hacen que un gran número de niños pierdan este alimento natural y se les atropelle en su derecho⁶⁶⁴.

En el ámbito específico de las inclusas, esta idea de la superioridad absoluta de la lactancia materna se plasmó en las continuas propuestas de que se permitiera u obligara a las madres a lactar a sus propios hijos en la institución para luchar contra la mortalidad pero, también, para prevenir el abandono. No obstante, dada la limitada si no inexistente (dependiendo del momento) cantidad de madres dispuestas a lactar a sus hijos abandonados, la dicotomía lactancia materna-resto de su retórica se convertía en la dicotomía lactancia natural-artificial.

En todo nuestro periodo de estudio no se produjo ninguna variación en la consideración prioritaria de la lactancia natural con nodrizas internas o externas frente a la alimentación artificial o animal, o incluso mixta. Siempre se consideraban como la mejor opción frente a la lactancia artificial que, en la forma y medida que fuera, hasta al menos 1927 llevaba a la defunción eventual del niño.

(1895) Cuando por falta de nodrizas (...) no hay pecho para el niño que llega a la Inclusa, pasa hoy a biberón, condenado a una muerte muy probable, casi cierta⁶⁶⁵.

(1917) Que los niños ingresados y tratados en el Departamento del Biberón, mueren en el 100 por 100⁶⁶⁶.

(1927) Respecto a la lactancia con biberón, esa tan funesta que la mortalidad en la Inclusa llegó al 100 por 100, eso que se siguieron todos los métodos.⁶⁶⁷

A partir de esa fecha desaparecieron las menciones explícitas al Departamento del Biberón y la tónica general del discurso de los responsables de la institución fue destacar las mejoras que se estaban produciendo. Es muy posible que todavía la lactancia artificial se caracterizara por una elevada mortalidad, relacionada con su falta de adecuación como por la debilidad de los niños que debían ser sometidos a ella. Tanto en el resto de inclusas de la geografía nacional como en muchas otras de fuera de España, esta situación era muy similar⁶⁶⁸.

Pese al aparente aislamiento de las distintas formas de lactancia en el discurso (biberón o nodriza interna en las instalaciones de la Inclusa o nodriza externa si eran enviados a pueblos) y las manifestaciones a favor o en contra de ellas, la realidad del funcionamiento de la propia institución no permitía eliminar el Departamento del Biberón y utilizar sólo nodrizas por dos razones: la escasez endémica de nodrizas y la práctica de la alimentación artificial de los niños con síntomas de enfermedad.

⁶⁶³ HERNÁNDEZ BRIZ, B.: "Conferencia de Higiene Infantil" en *La Escuela Moderna* nº Marzo (307), 1917, pág.159.

⁶⁶⁴ ALONSO MUÑOYERRO, J. A., "La lactancia maternal. El alimento soberano de la leche de la madre", *La Semana Médica*, 28 de septiembre de 1932, pág.1.

⁶⁶⁵ GONZÁLEZ ALVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, pág.24.

⁶⁶⁶ *La mortalidad de los niños de la Inclusa: sus causas y remedios*, pág.4.

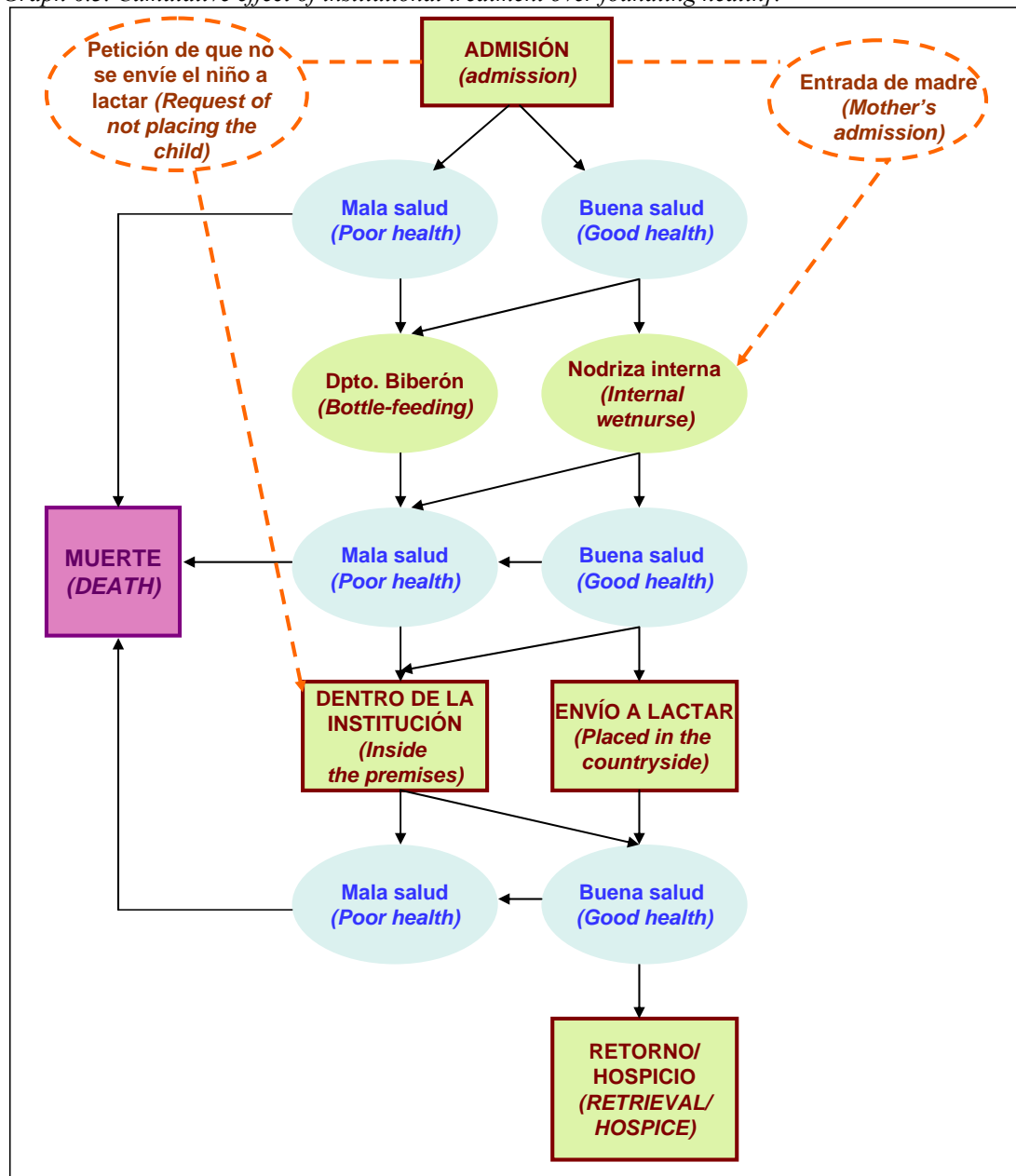
⁶⁶⁷ Bravo Frías, "En torno a las Inclusas. Una conferencia técnica", *La Voz*, 14 de febrero de 1927, pág.8.

⁶⁶⁸ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, págs.80-81.

La utilización de un tipo de lactancia u otra estaba determinada precisamente por la evaluación de la salud del expósito, la política específica sobre lactancia y la capacidad gestora de la institución por lo que existía una importante interrelación entre estos tres tipos de alimentación, que hemos intentado ilustrar en el gráfico 6.3 en una cadena de intervenciones-consecuencias acumulativa sobre la salud del niño.

Gráfico 6.3. Efecto acumulado del tratamiento institucional sobre la salud expósita.

[Graph 6.3. Cumulative effect of institutional treatment over foundling health].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

La primera asignación a un tipo u otro de lactancia dependía tanto de la salud de partida como de la disponibilidad coyuntural de nodrizas. Los niños enfermos eran directamente asignados al biberón. La incapacidad de la Inclusa de atraer suficientes nodrizas internas hacía que también tuvieran que ser sometidos a ese régimen de lactancia otros niños sanos y que, por tanto, también eran condenados a morir. En

ambos casos, el simple paso por esta situación, incluso coyunturalmente, determinaba un empeoramiento de la salud de los niños⁶⁶⁹.

El tratamiento inicial no era definitivo y algunos niños enviados al biberón podían ser pasados a nodrizas internas si quedaban disponibles mientras que otros niños lactados por nodrizas inicialmente podían pasar al departamento del biberón si presentaban síntomas de enfermedad contagiosa. Así, el resultado de la influencia del estado de salud inicial en el tipo de lactancia y de ésta en el estado de salud subsiguiente determinaba el siguiente paso, que permitía a los expósitos entrar en un periodo distinto de su trayectoria en la institución: la lactancia externa. Sólo salían a lactar a los pueblos aquellos suficientemente saludables para hacerlo (y cuyas madres no habían pedido explícitamente que no lo hicieran).

Una vez fuera de la institución, la salud alcanzada seguía siendo un factor clave. Por un lado, podía determinar su devolución a la institución para no tener que correr con los gastos de la enfermedad o enterramiento, en el caso de la muerte⁶⁷⁰. Por otro lado, podía prevenir su recuperación o su paso al hospicio.

Existía un proceso de selección por salud en funcionamiento desde el primer momento, que estaba interferido por los problemas de disponibilidad de nodrizas de la institución. Tanto las características propias del niño como la coyuntura específica del momento de entrada determinaban una trayectoria de salud que se veía favorecida/perjudicada por la distinta combinación de tratamientos y acontecimientos y que predecía sus expectativas vitales dentro de la institución.

Aunque este esquema está basado en las prácticas y reglamentos específicos de la Inclusa de Madrid es muy probable que sirva de instrumento explicativo para otras instituciones nacionales.

6.2.2. LA LACTANCIA INTERNA

La precariedad de la alimentación que las inclusas podían ofrecer a los expósitos hacía que, históricamente se tratara de minimizar el tiempo pasado por los niños dentro de la institución. Distintos acontecimientos llevaron a un alargamiento de las estancias de éstos en la institución y la incapacidad de ofrecer una lactancia adecuada tras el ingreso se convirtió en clave de la mortalidad expósita.

6.2.2.1. El Departamento del biberón

La lactancia en el Departamento del Biberón era la opción residual a la que eran destinados los niños que, por otras razones, no podían ser alimentados por las nodrizas internas (o por sus madres, en un momento posterior). Servía casi exclusivamente (por

⁶⁶⁹ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, “La Inclusa de Madrid. Lo que dice el doctor González Álvarez”, pág.1; BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, pág.18; y *La mortalidad de los niños de la Inclusa. Sus causas y sus remedios*, págs.7-8.

⁶⁷⁰ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, B.: *Anatomía y Fisiología especiales del niño de su alimentación y crecimiento y preliminares de clínica pediátrica*, Carrión Hermanos Impresores, Madrid, 1895, pág.192.

lo menos hasta los años 30) para prolongar la vida de los expósitos hasta que se les pudiera encontrar una nodriza o les sobreviviera la muerte a causa de la enfermedad padecida, quizá en combinación con los problemas adicionales que suponía la alimentación artificial. Bravo y Alonso resumían esta segunda situación así:

... había 80 niños y 40 nodrizas. Pues bien: llega el niño 81 por el turno, y aunque sea perfectamente sano y reúna todas las condiciones fisiológicas óptimas, tienen que ir al departamento del biberón, y así los sucesivos que van viniendo, además de aquellos otros que, por marcharse su nodriza, se quedan sin alimentación natural⁶⁷¹.

Pese a que en las denuncias de la elevada mortalidad de la Inclusa, la prensa utilizara titulares como “Niños muertos de hambre”⁶⁷² o denunciara que “esos pequeños y desheredados seres no tienen la precisa nutrición para vivir”⁶⁷³, la realidad es que la única acción que llevaba a cabo la institución era paliar su hambre mediante diversos procedimientos. La inadecuación de esta alimentación los mantenía con vida pero comprometiendo su futuro dramáticamente, como respondían médicos y directivos de la Diputación⁶⁷⁴.

Aunque tanto la importancia de la Inclusa de Madrid en el panorama nacional (por su volumen, su ubicación en el centro de comunicaciones del país que hicieron que todo lo que ocurría en ella resonara en el resto del país) como la elevación de la mortalidad se conjugaran para provocar varios escándalos en la prensa, en realidad todas las casas de expósitos nacionales exhibían historias parecidas: la falta de higiene en la administración de la alimentación era un problema común.

La lactancia artificial y la mixta (lactancia con nodriza suplementada con artificial) eran una realidad en prácticamente todas las inclusas nacionales⁶⁷⁵. A principios de siglo muchas instituciones nacionales (Zaragoza, Huesca o Lérida) reportan el uso del biberón con trágicos resultados y sólo algunos lugares reportaban supervivencia de algunos de los lactados (Guipúzcoa)⁶⁷⁶. Con el paso del tiempo y la utilización de distintos sistemas, en algunos lugares los resultados mejoraron, como en el caso de Navarra, donde la instalación de la Gota de Leche mejoró la calidad de la leche administrada aunque no de forma radical⁶⁷⁷.

En las Inspecciones realizadas a las inclusas nacionales en 1918 la imagen que ofrecían era muy similar. De los 20 informes publicados en *Pro-Infantia* para tantas instituciones, 14 mencionaban explícitamente el uso de la lactancia por biberón o mixta;

⁶⁷¹ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, págs.18-19.

⁶⁷² “Niños muertos de hambre”, *El Imparcial*, 14 de diciembre de 1898, pág.2.

⁶⁷³ “De la Inclusa. Lo que hay que remediar”, *El Globo*, 21 de diciembre de 1899, pág.1.

⁶⁷⁴ “Las amas de la Inclusa. Carta del Presidente de la Diputación provincial”, *La Época*, 29 de diciembre de 1899, pág.2; y “La Inclusa de Madrid. Lo que dice el doctor González Álvarez”, *El Globo*, 31 de diciembre de 1899, pág.1.

⁶⁷⁵ URIBE-ETXEBARRIA FLORES: “Aproximación a la situación e las Inclusas en las primeras décadas del siglo XX”, págs.745-746.

⁶⁷⁶ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.210. El caso de Barcelona, sin embargo, es particular ya que en el documento conmemorativo de las Bodas de Oro de la Casa de Maternidad y Expósitos en Barcelona a principios del siglo XX los médicos reportaban un éxito de la lactancia artificial del 50% pero Rodríguez Martín sospecha que esos resultados no eran reales y respondían fundamentalmente a un intento de justificación.

⁶⁷⁷ URIBE-ETXEBARRIA FLORES: *Marginalidad “protegida”: mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, págs.192-203.

sólo una de ellas reportaba no utilizar el biberón (Toledo)⁶⁷⁸ y otra decía usarlo sólo para los enfermos (Zaragoza)⁶⁷⁹. Del resto, había todo tipo de situaciones higiénicas: mientras que en algunas tenemos noticia de que la desinfección del recipiente que iba a recibir la leche se hacía con hierros candentes,⁶⁸⁰ en otras la descripción de la administración de la leche es desoladora:

... solo había para este fin un biberón con la única tetina rota y atada con un hilo⁶⁸¹.

la Excm. Diputación Provincial tiene hasta dos biberones, siguiéndose el sistema de llenarlos, poner uno a la boca del niño que ocupa la cama número 1, y cuando éste se cansa, se le quita de la boca para ponérselo al que ocupa la cama número 2, y así sucesivamente⁶⁸².

A lo largo del tiempo, se probaron distintos sistemas para tratar de mejorar la supervivencia. Se utilizaba leche animal aunque se era consciente de los problemas que implicaba (la distinta estructura química entre animales y humanos, la intolerancia al suero animal, las posibilidades de alimentación, etc.)⁶⁸³. Los esfuerzos de los médicos se dirigían a tratar de encontrar distintos sistemas de alimentación que realmente funcionaran, como muestran las numerosas comunicaciones al congreso de pediatría de 1923 que abordaban distintas cuestiones de la lactancia artificial o mixta⁶⁸⁴. Pese a ello, los productos sustitutivos sólo comenzaron a administrarse hacia los años 30.

En la Inclusa de Madrid, a principios de nuestro periodo, González Álvarez reportaba que se compraba leche, se esterilizaba en la institución y administraba a los niños con “los más rigurosos cuidados en el cumplimiento de los mandatos de la higiene”. Lamentaba su incapacidad de llevar a cabo la lactancia directa, que encontraba como la más adecuada, por la falta de establos propios en los que conservar las cabras (o preferentemente burras). A pesar de ello, no ocultaba su ineficacia en prevenir la muerte de los niños⁶⁸⁵. Desde principios de siglo XX se instalaron unos establos para

⁶⁷⁸ “Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior. Junta de Toledo” en *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Diciembre, 1918.

⁶⁷⁹ “Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior. Junta de Zaragoza” en *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Diciembre, 1918.

⁶⁸⁰ “Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior. Junta de Tarragona” en *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Abril 1919, pág.146.

⁶⁸¹ “Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior. Junta de Granada” en *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Octubre, 1918, pág.155.

⁶⁸² “Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior. Junta de Badajoz” en *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Septiembre, 1918, pág.152.

⁶⁸³ Gómez Ocaña, “Diario de Sesiones del Senado”, 20 de junio de 1918, pág.736.

⁶⁸⁴ Entre otros, podemos citar: ENTRECANALES: “La lactancia mixta y artificial en los primeros meses. Ventajas e inconvenientes de algunos productos lácteos”; GÓMEZ AGUADO, J.: “Mi aportación al problema de la lactancia artificial y dietética infantil”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923; REVILLA, G. G.: “La mejor alimentación para el niño privado de la leche de su madre y no pudiendo disponer de una nodriza en casa, es la leche de vacas”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923; y VIDAL JORDANA, G.: “Mis resultados en el tratamiento de los trastornos nutritivos el lactante”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923.

⁶⁸⁵ GONZÁLEZ ALVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, pág.26-27.

vacas que permitieron suministrar leche directamente a la Inclusa⁶⁸⁶ aunque el mantenimiento de las tasas de mortalidad no sugiere que tuviera efectos importantes en la salud expósita.

Según el doctor Hernández Briz, la situación mejoró, al menos aparentemente, con la construcción de las nuevas instalaciones en el Asilo de San José donde se alojaron vacas y el equipamiento necesario para la esterilización de la leche, de donde se llevaba a la Inclusa. En 1915 triunfantemente concluía que la situación era mucho mejor que la experimentada durante el periodo de González Álvarez⁶⁸⁷. Su visión en la memoria de ese año debía tener un contenido más propagandístico que real porque sólo 3 años después, su nombre figuraba junto con el resto del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial señalando la letalidad de la administración del biberón.

De la Memoria de 1918 datan los únicos datos que podemos disponer sobre el porcentaje de niños asignados a uno u otro sistema de lactancia. En el año 1917 entraron 952 niños que, por su edad (excluyendo los 134 enviados al asilo de san José) y no ser recogidos por sus madres (lo que sugiere que eran casos técnicos, por lo que los excluimos ya que no está claro por quien eran lactados) debían ser lactados en el interior de la Inclusa. De ellos, un 40% recibió exclusivamente lactancia artificial y otro 40% sólo lactancia por nodriza, mientras que un 20% recibió ambas (el 60% de esos fue de nodriza a biberón). En cuanto a la proporción de niños realmente enfermos que iban al biberón, sólo tenemos una muestra cuantitativa en su comentario de la Memoria que sugiere menos del 25%:

Hemos encontrado, revisando las historias clínicas, que de los 499 fallecidos en el biberón, habían ingresado en condiciones fisiológicas 373, puesto que no constaban antecedentes patológicos en sus historias clínicas en el momento del ingreso.

Padecían diversas afecciones 126, y de ellos solo tres ingresaron en estado agónico; la mayoría de los sanos que ingresaron en el departamento del biberón, lo hicieron a causa de no tener plaza en nodrizas, o porque, estando con ella, al marcharse ésta, se quedaban sin lactancia natural⁶⁸⁸.

También ofrecían una medida de los traspasos entre los dos tipos de lactancia: 65 niños inicialmente alimentados con biberón fueron pasados a nodrizas internas mientras que 108 lactados por nodrizas inicialmente pasaron al departamento del biberón⁶⁸⁹.

En 1923, cuando el cambio de emplazamiento ya había mejorado otras cosas, los doctores Alonso Muñoyerro y Bravo Frías aun lamentaban la ineficacia de cualquier tipo de tratamiento por la falta de higiene en su administración:

¿Qué toman en estos días? Biberones de leche maternizada se les daba cuando nosotros nos encargamos de la Inclusa; leche diluida en agua en las proporciones que indica el cuadro de Michel y Perret, con adición de leche de azúcar más tarde; las diluciones que aconseja Pfaundler con adición de lactosa en su *Tratado de enfermedades de la infancia*; el procedimiento de Combe lo intentamos después; el de individualización de Maurel; los distintos métodos que aconsejan los autores americanos, en fin, acudimos en los primeros trastornos que observábamos

⁶⁸⁶ Hauser reporta su existencia en 1902 pero no indica específicamente cuándo se produjo su instalación. HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.458.

⁶⁸⁷ HERNÁNDEZ BRIZ: *La Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid. Su estado actual y su porvenir.*, pág.8.

⁶⁸⁸ *La mortalidad de los niños de la Inclusa. Sus causas y sus remedios*, pág.13.

⁶⁸⁹ *La mortalidad de los niños de la Inclusa: sus causas y remedios*, pág.8.

en los niños de dispepsia e intoxicación (según la clasificación de Finkelstein) a administrar leche desnatada, con adición de cocimiento de cereales, las sopas maltosadas de Terrién y Keller, y la leche albuminosa de Finkelstein, que por primera vez entre nosotros se fabricó en la Inclusa de Madrid, adicionada de *nahrzucker* y *nahrzucker* y *nahrmaltose*, de Loftlund..., todo en vano: los veíamos morir sin poder remediarlo⁶⁹⁰.

En 1927 el discurso apenas había cambiado. Ante las acusaciones de alarmismo del presidente de la Diputación dada la disposición de nuevos medios para realizar la lactancia, el dr. Bravo respondió que pese a la disposición de vacas de primera calidad y médicos competentes aún seguía faltando el personal técnico cualificado adecuado para llevarlo a cabo⁶⁹¹. Pese al mantenimiento de este discurso, dos cosas habían cambiado ya en esa fecha: por un lado, la mortalidad ya había caído y las medidas higiénicas sí habían mejorado con respecto a la situación anterior; y, por otro, la alimentación con leche esterilizada y productos sustitutivos de la leche se usaban activamente en la institución.

De hecho, precisamente, los médicos de la Inclusa de Madrid se hicieron valedores públicos de éstos últimos. Aunque se había rechazado la lactancia artificial durante décadas, es importante recordar que la razón de la crítica era la falta de higiene en la administración pero que crecientemente los médicos se habían inclinado a apoyarla, en la medida en la que ellos se erigieran como guías de su administración.

Esta coyuntura explica cómo, al menos desde 1927, podemos encontrar publicidad del producto Natel de alimentación para lactantes basada en su efectividad comprobada por los doctores Alonso Muñoyerro y Bravo Frías en la Inclusa de Madrid. Según el anuncio, éstos doctores lo encontraban como “una excelente harina para la alimentación infantil”⁶⁹². Claramente, se trata de una expresión del encuentro entre el posicionamiento médico como expertos, que actuaban como guía de lo que debía y no debía hacerse en materia de alimentación infantil, y la estrategia de las empresas de reconocer esa función para dar credibilidad a sus productos.

La participación de los facultativos de la Inclusa se mantuvo en el tiempo y, años después, el anuncio incluso incorporó una cita de autoridad del propio Alonso Muñoyerro en la que constataba el incremento de peso de los niños alimentados con Natel⁶⁹³. Otros productos también se beneficiaron de ésta recomendación, que las instituciones y médicos hacían como garantes de la fiabilidad de estos productos⁶⁹⁴.

⁶⁹⁰ BRAVO FRÍAS, J. y ALONSO MUÑOYERRO, J. A.: “La transformación de las Inclusas”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, Septiembre de 1923, 1923 págs.18-19.

⁶⁹¹ “La Tragedia de los niños abandonados. ¿Es cierto que en las inclusas la mortalidad es aterradora? Lo que dicen los medicos y lo que les contesta la Diputación Provincial”, *El Heraldo de Madrid*, 16 de febrero de 1927, pág.1 y la contestación de Bravo en “El doctor Bravo contesta a la Diputación y declara, como médico-director de la Inclusa, que ésta debe cerrarse por ser fatal para la vida del niño”, *El Heraldo de Madrid*, 17 de febrero, pág.1.

⁶⁹² Anuncio en *El Sol*, 7 de enero de 1927, pág.5.

⁶⁹³ Anuncio en *La Vanguardia*, 11 de noviembre de 1932.

⁶⁹⁴ Como por ejemplo, Maizkal, alimento ideal para niños y estómagos delicados. *La Vanguardia*, 8 de enero de 1927, pág.4.

6.2.2.2. Las amas internas

La lactancia por las amas o nodrizas internas en las inclusas era la opción prioritaria para todos los niños que no mostraban signos de enfermedad por lo que reclutar a la mayor cantidad de mujeres posible para cumplir ese papel fue una necesidad contante. No obstante, nunca disponían de tantas como era suficiente ni de la calidad adecuada. Los requisitos de una nodriza, externa, o interna, eran: estar sanas, ser robustas y tener una secreción láctea abundante y oportuna para los niños a lactar⁶⁹⁵ pero, inevitablemente, la realidad de las instituciones hacía que el nivel de selección que podían permitirse fuera muy reducido y generalmente tenían que aceptar a cualquiera. Hauser resumía así sus condiciones:

si se juzga por el aspecto exterior que presentan estas nodrizas, se convence uno fácilmente que no se trata de mujeres de una robusta salud y de una abundancia de leche(1902)⁶⁹⁶.

Dado el escaso salario mensual que ofrecían las inclusas, la competencia que suponían las empresas de contratación de nodrizas y el mercado privado acaparaba a las mejores. En Madrid el salario de un ama interna era de 25 pesetas durante el siglo XIX (ligeramente mayor que en Barcelona, donde sólo era de 20 pesetas⁶⁹⁷) mientras que los salarios de la lactancia particular ofrecían ya en 1880 unas 40 ó 50 pesetas mensuales⁶⁹⁸. Con el paso del tiempo, los salarios aumentaron pero nunca llegaron a alcanzar a ofrecer una remuneración competitiva: 35 pesetas hacia 1918⁶⁹⁹ y 42 pesetas desde 1929⁷⁰⁰. Así, sólo quedaban disponibles para entrar a la Inclusa las que no habían podido encontrar empleo en el sector privado.

Además del escaso salario, había dos factores adicionales que disuadían a las nodrizas de emplearse como amas internas y que eran comunes al resto de instituciones nacionales: el miedo al contagio y la dureza del régimen interno⁷⁰¹. El miedo al contagio de enfermedades como la sífilis era una razón poderosa que mantenía a las mujeres alejadas de la Inclusa, desconfiadas ante los antecedentes desconocidos de muchos niños⁷⁰².

El duro régimen interno implicaba un trabajo continuo y extenuante. En la Inclusa de Madrid éste fue establecido desde los reglamentos de 1877 y reiterado en los de 1888. El mero procedimiento de admisión ya suponía la necesidad de cumplir una serie de formalidades: las aspirantes a nodrizas estaban sujetas a un reconocimiento médico y a un periodo de prueba de 4 días, sin remuneración (sólo a cambio de la comida), antes de ser formalmente aceptadas⁷⁰³. Junto al salario, para paliar la falta de

⁶⁹⁵ Gómez Ocaña, "Diario de Sesiones del Senado", 20 de junio de 1918, pág.739.

⁶⁹⁶ HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.458.

⁶⁹⁷ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.460. Más comparaciones sobre salarios de nodrizas y de otras profesiones a finales del siglo XIX pueden verse en SARASÚA: *Criados, nodrizas y amos: el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, págs.224-225.

⁶⁹⁸ DEL AMO DEL AMO: *La familia y el trabajo femenino en España durante la segunda mitad del siglo XIX*, pág.572.

⁶⁹⁹ MEDINA, M., "Del torno al hospicio", *Alrededor del Mundo*, 1 de julio de 1918

⁷⁰⁰ MASSA, P., "Los barrios de Madrid. Paseos de un hombre estadístico y sentimental", *El Liberal*, 6 de junio de 1929, pág.3.

⁷⁰¹ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.466.

⁷⁰² Hemos profundizado sobre este aspecto en el capítulo 8, epígrafe 8.3.2.1.

⁷⁰³ Artículos 24 y 25 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

robustez, se incluía la alimentación que también estaba codificada en los reglamentos⁷⁰⁴. Una vez admitidas, la vida dentro de la institución estaba estrictamente controlada: hora de levantarse, tareas a realizar (limpieza de salas, lavandería, aseado de niños...), horario y frecuencia con que debían dar de mamar a los niños a su cargo (7 veces a lo largo del día)⁷⁰⁵.

Además, podían ser sometidas a reconocimientos médicos quincenales junto a otros por sorpresa, para que la institución pudiera asegurarse de su salud en todo momento. En casos de enfermedad, según su gravedad, podían ser retiradas de la lactancia y enviadas al hospital o forzadas a guardar cama en la propia institución⁷⁰⁶. El único momento de “ocio” era la salida semanal que tenían asignadas para pasear a los niños acogidos, en los que eran vigiladas por las Hermanas de la Caridad, que se encargaban, en general, de su supervisión⁷⁰⁷.

Las circunstancias en las que vivían y trabajaban las mujeres empleadas como amas internas en las instituciones mejoraron a lo largo del transcurso del siglo XX pero, aún así, su número siguió siendo más reducido del que era requerido hasta al menos finales de siglo. Esta escasez hacía que generalmente se les tuvieran que adjudicar más de un niño y en algunos casos hasta 3. En el caso de la Inclusa de Madrid, en el reglamento se establecía un estándar de dos por nodriza pero, se añadía que, en casos de necesidad, se les podrían asignar hasta 3, con el complemento de alimentación artificial⁷⁰⁸.

Esta situación era generalizada en todas las inclusas nacionales y, si se observan las proporciones de niños por ama derivadas de las inspecciones de inclusas de 1918, la imagen es muy reveladora, como se muestra en la tabla 6.1 prácticamente todas las instituciones obligaban a las mujeres a lactar dos o más niños y, en algunos casos, la mínima cantidad de mujeres sugiere que estaban destinando muchos niños al Departamento del Biberón o recurriendo a la lactancia mixta (Logroño, Tarragona y Badajoz, por ejemplo).

Los datos específicos sobre el número de nodrizas y niños en momentos coyunturales no están disponibles para Madrid hasta finales de los años 20. Durante todo el periodo anterior, se constata la normalidad de la lactancia de dos niños por nodriza. Hauser hablaba de 60-80 niños para unas 20 amas en 1902⁷⁰⁹ y el Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial no abundó sobre los detalles específicos más allá del exceso de niños en 1918. A finales de los años 20, pese a los cambios, la situación no había acabado de mejorar del todo: en 1927 había 77 amas para 150 niños,⁷¹⁰ en

⁷⁰⁴ Según el artículo 35 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880 debía consistir en: “920 gramos de pan, 345 íd. De carne, 57 íd. De tocino, 115 de garbanzos y 252 mililitros de vino; para los almuerzos se les dará: jueves y domingo 115 gramos de bacalao a cada una; otros dos días un par de huevos, y los restantes se alternará con asadura, patatas y arroz. Para las cenas se podrá alternar igualmente, dándolas lo necesario de los demás artículos que consten en su racionado diario aprobado por la excelentísima Diputación...”

⁷⁰⁵ Artículos 29-37 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷⁰⁶ Artículos 43-46 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷⁰⁷ Artículo 33 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷⁰⁸ Artículo 28 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷⁰⁹ HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.458.

⁷¹⁰ “Del régimen de la Inclusa”, *La Voz*, 8 de marzo de 1927, pág.6 y “Inclusa y Colegio de la Paz”, *La Época*, 9 de marzo de 1927, pág.4.

1928 la situación parecía similar, 75 amas para 145 niños⁷¹¹ y en 1933 155 amas se encargaban del doble de niños⁷¹².

Tabla 6.1. Número de niños por nodriza en las Inclusas españolas en 1918.

[Table 6.1. Number of children per wetnurse in the Spanish foundling hospitals in 1918].

	Nº niños por nodriza (No. of children for each wet nurse)	Nº de nodrizas y nr de niños (No. of wet nurses and nr. of children)
Albacete	3,00	4/12
Almería	1,60	10/16
Badajoz	2-10	3/6 y 1/10
Bilbao	-	-
Burgos	3,80	5/19
Canarias	-	-
Castellón	solo biberón	-
Granada	2,08	12/25
Guadalajara	4	2/8
Huesca	1,22	9/11
Jaén		
León	2,55	20/51
Logroño	12,00	1/12
Palencia	1,95	20/39
Palma	-	-
Pontevedra	-	-
Salamanca	-	-
Santander	2,92	70/24
Soria	solo biberón	-
Tarragona	6,33	3/19
Toledo	1,75	12/21
Zaragoza	2	1/2

Fuente: "Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior" Elaboración propia.

[Source: "Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior", Own elaboration].

Pese al mantenimiento a lo largo del tiempo de esta lactancia doble, hubo cierta disensión en el discurso médico sobre su adecuación. En 1895 González Álvarez enunciaba la naturalidad de esta práctica e incluso iba más allá:

.... que dos son los pechos de la madre, que no es muy raro el parto de gemelos, con lo cual la Naturaleza proclama la posibilidad de doble lactancia, y que no son escasos los ejemplos de madres o nodrizas que no se desnutren y crían bien dos niños durante toda la época media de lactancia; y si esta lactancia doble es solamente, como ocurre en la Inclusa, durante la primera edad del niño, pues que van saliendo los mayores, aún a estas consideraciones se sumaría la de que la cantidad de leche que en veinticuatro horas ingieren en esta época de su vida, 200 a 400 gramos, es menor dos veces al menos de la que los pechos de la nodriza pueden suministrar (1895)⁷¹³.

...pues es sabido que toda mujer puede lactar dos niños durante toda la lactancia, y en el primer mes, aun tres o cuatro, porque en este periodo de la vida el niño mama la tercera, cuarta o quinta parte de la cantidad de leche que suministran los pechos de una mujer y de la que precisa en posteriores edades(1918)⁷¹⁴.

Tanto otros autores contemporáneos como los sucesores del doctor Álvarez González en la Inclusa sostenían la posición contraria, justificada en los resultados que

⁷¹¹ CASARES, "Lo que tiene Madrid", pág.6.

⁷¹² FORNET, E., "El asilo de niños que quisieron incendiar", *Estampa*, 30 de diciembre de 1933, pág.15.

⁷¹³ GONZÁLEZ ÁLVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, págs.24-25.

⁷¹⁴ GONZÁLEZ ÁLVAREZ, "Carta del Doctor González Álvarez", págs.14-15.

ese tipo de tratamiento producían: malnutrición y bajo peso que, en algunos casos, llevaba a la muerte:

Como, en general, las nodrizas que se presentan en la Inclusa no son de la primera calidad, no es probable que puedan satisfacer la necesidad de dos niños (1902)⁷¹⁵.

Según observación del propio Sr. Relanzón que pudimos comprobar, de los dos niños que lacta cada nodriza siempre se cría uno con más lozanía que el otro, probablemente por razones afectivas y el menos nutrido suele sucumbir por atrepsia o a la larga (1918)⁷¹⁶.

(cuando una nodriza alimenta a dos niños) ... es forzoso que estén hipoalimentados y así tenemos el tipo especial de niño inclusero, hipotrófico, mordiéndose los puños, con cara de viejo y sufriendo trastornos digestivos a causa de la alimentación complementaria que le dan a su capricho las nodrizas...(1923)⁷¹⁷.

Esta escasez crónica de nodrizas y los problemas que implicaba (tanto en la mortalidad de aquellos que no podían acceder a la lactancia de un ama como en la morbilidad de aquellos que debían experimentar las limitaciones de la lactancia mixta), llevó a los médicos de las inclusas de todo el país a un consenso en las reclamaciones para incrementar el número de nodrizas disponibles. Pese a que existían distintas aproximaciones al futuro de las instituciones y éstas estuvieron muy determinadas por los distintos periodos históricos que vivieron (cierre o mantenimiento del torno, investigación de la paternidad, conversión de las instituciones en asilos maternos, etc.) estas dos reclamaciones fueron comunes: la exigencia de una legislación efectiva que controlara el mercado de la lactancia mercenaria y la obligación a las madres que daban a luz en Maternidad de lactar a sus propios hijos durante un tiempo en la Inclusa.

En un primer momento, este tipo de reclamaciones de control, compartidas por el resto de facultativos, estaban dirigidas al control fundamental de las amas que criaban en pueblos. Los esfuerzos estuvieron destinados a conseguir que el gobierno regulara la lactancia mercenaria con una ley adecuada y, una vez se hubo conseguido, todo el discurso giró alrededor de la necesidad de su cumplimiento.

La legislación reclamada debía modelarse a semejanza de la Ley Roussel francesa que se aprobó para controlar la actuación de las nodrizas (y sus abusos)⁷¹⁸. Esta legislación francesa (aprobada en 1874) estaba destinada a proteger a los niños menores de dos años que estuvieran en lactancia o crianza con amas en las provincias, incluyendo los puestos de crianza mercenaria dependientes de las inclusas. Requería que cada nodriza tuviera una cartilla y un certificado de la alcaldía donde constara su buena conducta, la edad del hijo (si estaba vivo), además de ser necesaria su inscripción en la oficina donde se iba a entregar un niño. Un cuerpo de médicos inspectores financiados por el Estado sería el encargado de vigilar su bienestar mensualmente⁷¹⁹.

⁷¹⁵ HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.458.

⁷¹⁶ “Inspecciones de las Inclusas realizadas por el Consejo Superior. Junta de Toledo”, pág.363.

⁷¹⁷ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, pág.16.

⁷¹⁸ GONZÁLEZ ÁLVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, págs.36-37; y GONZÁLEZ ÁLVAREZ, “La Inclusa de Madrid. Lo que dice el doctor González Álvarez”, pág.1

⁷¹⁹ HAUSER: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, pág.455.

Esta legislación fue adaptada en España en 1877 a través del *Reglamento de la inspección de salubridad pública de las nodrizas y de la prostitución con las instrucciones del Cuerpo Facultativo y el de vigilancia de la misma*. Implicaba el establecimiento de un registro de nodrizas a través de la obtención de una cartilla sanitaria en la que debían recogerse las revisiones médicas a las que se iban sometiendo bajo los distintos empleadores⁷²⁰. Mientras Hauser reportaba el éxito final de la legislación francesa quince años después, la versión española no tuvo ningún efecto notable.

La publicación de la *Ley de Protección a la infancia* de 1904 emuló satisfactoriamente la legislación francesa, estableciendo los criterios que debían cumplir las nodrizas. Esta ley afectaba positivamente a las inclusas en dos sentidos. Además del control de los niños lactando en pueblos a cargo de nodrizas rurales, se reglamentaba la práctica privada. Con el establecimiento del requisito de presentación de la documentación referente a la edad o defunción del hijo, se esperaba limitar la práctica de abandonar a su hijo en la Inclusa para dedicarse a la lactancia mercenaria.

La falta de capacidad ejecutiva y punitiva hizo que se incumpliera y durante los siguientes veinte años los médicos insistieron en la necesidad de su cumplimiento como medio de solucionar la escasez de nodrizas internas y como medio de limitar el abandono. En 1918, aún se reclamaba:

Que la Excelentísima Diputación Provincial excite a quien corresponda a que se cumpla la Ley de Protección a la Infancia. Si es necesario el cumplimiento de todos sus artículos, en el caso concreto de la Inclusa, el que más urgentemente es necesario llevar a la práctica con todo rigor es, el que ordena que “ninguna mujer que haya dado a luz en las Maternidades, pueda ejercer la industria de nodriza, como no sea en la Inclusa o en el Instituto de Maternología (aún no fundado) mientras no demuestre que su hijo tiene más de seis meses y menos de diez⁷²¹”.

A finales de la década de 1920 esta reclamación perdió peso en el discurso frente a la segunda reclamación para asegurar la suficiente cantidad de nodrizas en la Inclusa: la necesidad de obligar/animar a las madres que daban a luz en Maternidad a pasar una serie de días y meses a lactar a la Inclusa a sus propios hijos junto. La presencia de estas ideas en la retórica médica se remonta a las declaraciones de los médicos ya desde finales del siglo XIX y en su implementación ocurrió lo mismo que con la regulación de la lactancia mercenaria: a las denuncias de su necesidad, le siguieron las denuncias de su incumplimiento.

A diferencia de la anterior preocupación, no fue universal ya que su puesta en práctica dependió de la acción particular de las distintas inclusas sobre la situación previa. En muchas inclusas nacionales (como Madrid, Pamplona o Lugo), la entrada de la madre como nodriza en la institución suponía la salida del niño a lactar en pueblos, estableciendo completa separación de madre e hijo. Sin embargo, en otras se permitía la entrada de las madres como nodrizas para lactar a sus propios hijos (Barcelona y Zaragoza, por ejemplo) junto con otro expósito desde el principio e incluso, en otras,

⁷²⁰ DEL AMO DEL AMO: *La familia y el trabajo femenino en España durante la segunda mitad del siglo XIX*, pág.565.

⁷²¹ *La mortalidad de los niños de la Inclusa. Sus causas y sus remedios*, pág.4.

como Vizcaya, se imponía una obligación de dos meses de lactancia materna durante dos meses⁷²².

En Madrid, entre aquel grupo de provincias que requería esta medida, vemos que tanto el alimento como la disuasión del abandono eran los elementos que se utilizaban para justificarlo. González Álvarez comentaba que era preciso obligar:

...a las madres en los Establecimientos a lactar a sus hijos durante el tiempo que han de permanecer en ellos tras el parto (...) Algunas madres tomarían tal cariño a su hijo en estos días de lactancia, que continuaba criándolo, seguras de que no les había de faltar el sustento durante la lactancia y serían buenas madres y la mortalidad de la infancia disminuiría (1895)⁷²³.

Esta postura tenía opositores, que veían en cualquier obligación a las mujeres o restricción del anonimato en el abandono un peligro que llevaría directamente al incremento de los abortos e infanticidios. En la contestación al discurso de González Álvarez en la Real Academia en el que hacía las declaraciones que hemos consignado más arriba, el dr. Ribera precisamente destacaba los “grandes males”⁷²⁴ que podrían seguir a la toma de esas medidas. Y ésa fue la línea de pensamiento imperante hasta muy avanzado nuestro periodo.

En la Inclusa, aunque ya entrado el siglo XX, se cambiara la política e, informalmente, se permitiera e incluso animara a las mujeres entrar y lactar a sus propios hijos, la obligación no se plasmó hasta mucho más adelante. Esta medida entroncaba en el discurso de Bravo y Alonso, con la necesidad de hacer cumplir la legislación de protección a la infancia. La correcta regulación de la lactancia mercenaria haría que las mujeres dando a luz en la Casa de Maternidad no pudieran encontrar empleo en el mercado privado y tuvieran que recurrir necesariamente a la lactancia como nodrizas internas.

Durante la década de 1920, pese a que había mujeres que daban a luz en la Maternidad que posteriormente seguían lactando a sus hijos en la Inclusa, todavía se reclamaba la necesidad de que la estancia de dos meses se hiciera obligatoria⁷²⁵. En 1927 Bravo decía en una conferencia técnica que “hemos conseguido que muchas pasen con su hijo”, sin dar cifras exactas⁷²⁶. La prensa reportaba en marzo que 66 de las 77 nodrizas internas estaban lactando a sus hijos además de a otro expósito⁷²⁷ y en abril 74

⁷²² RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.497; y VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, págs.56 y 161.

⁷²³ GONZÁLEZ ALVAREZ, B.: “Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública”, 1895; y RIBERA SANS: “Discurso del señor don José Ribera Sans en contestación al anterior”, pág.25

⁷²⁴ RIBERA SANS: “Discurso del señor don José Ribera Sans en contestación al anterior”, pág.54.

⁷²⁵ En 1915 Hernández Briz sólo enuncia la necesidad. HERNÁNDEZ BRIZ: *La Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid. Su estado actual y su porvenir*, pág.15. Y, en 1923, Bravo y Alonso comentaban el paso de algunas madres de la Maternidad a la Inclusa con sus hijos pero sólo hasta los dos meses de edad, cuando los niños eran enviados a lactar y ellas, o abandonaban la institución con sus hijos o lo hacían en solitario para seguir empleándose como nodrizas: BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, págs.15-16.

⁷²⁶ “En torno a las Inclusas. Una conferencia técnica”, *La Voz*, 14 de febrero de 1927, pág.8.

⁷²⁷ “La Inclusa y el Colegio de la Paz. Una visita del doctor Suñer y del señor Gómez Cano”, *La Época*, 9 de marzo de 1927, pág.4.

de 75⁷²⁸. Al menos, a finales de los años 20 parece que las madres-nodrizas habían pasado a ser las principales responsables de la lactancia interna.

Ese año, precisamente, a causa de la nueva polémica sobre la elevada mortalidad de la Inclusa, se consiguió el ansiado objetivo: en mayo de 1927 se publicó una Real Orden a propuesta del Consejo Superior de Protección a la Infancia (a petición de la Diputación de Madrid) que establecía la obligación de que las mujeres que daban a luz en la Casa de Maternidad pasaran a lactar en la Inclusa durante dos meses⁷²⁹. Esta normativa entraba plenamente en los nuevos planes que ese año se tomaron para la Inclusa, la reforma de San José, mudanza y construcción del nuevo Instituto de Puericultura, de los que ya hemos hablado en el capítulo 4. A pesar de ello, parece que el seguimiento no era absoluto y en 1930 todavía no existía una verdadera capacidad de coerción ya que habían entrado en la institución:

Cuatro niños abandonados cuyas madres, burlando quizá el precepto que las obliga a permanecer dos meses con sus hijos –dos meses de alimento, solícitos cuidados, abrigo y bienestar- se dedican a la crianza mercenaria o, lo que es más temible, vuelven a la vida del vicio y a la miseria...⁷³⁰

Esta obligación no era novedosa en el panorama internacional o nacional, aunque la especificidad de las Inclusas hacía variar notablemente esta circunstancia. En Italia, por ejemplo, mientras en algunos lugares como Roma o Milán el paso de las mujeres a la Inclusa después del parto en la Maternidad era opcional, en otros era obligatorio (como Bolonia⁷³¹ o Florencia, en éste caso sólo para las solteras desde 1917). Sólo en 1923 se promulgó una ley nacional que obligaba a todas las mujeres⁷³². En París, sin embargo, medidas de ese tipo se habían puesto en marcha desde mucho antes, para tratar de reducir el abandono⁷³³.

6.2.2.3. El cuidado y alimentación de los destetados dentro de la Inclusa

Todo nuestro discurso hasta el momento ha estado centrado en los lactantes, siguiendo el propio discurso de médicos y encargados de la institución que hicieron de la alimentación de éstos el objeto prioritario de preocupación. Tanto su énfasis como el nuestro está justificado por varias razones. En primer lugar, por su importancia cuantitativa. Como ya hemos visto en el capítulo anterior, la mayor parte de los niños abandonados eran lactantes: en 1900 el 95% era menor de 1 año y para 1935 había descendido al 75%. En segundo lugar, porque, dada la elevada mortalidad en el periodo de lactancia, relativamente pocos sobrevivían ese periodo. En tercer lugar, porque la mayor parte de esa reducida población de destetados estaba en un primer momento casi exclusivamente al cargo de las nodrizas externas y sólo a partir de 1923 empezaron a

⁷²⁸ ROMANO, J., “La tragedia del niño expósito”, *Nuevo Mundo*, 15 de abril de 1927, pág.3.

⁷²⁹ El 9 de marzo de 1927 la Diputación Provincial acordó aceptar esta propuesta de los médicos de la Inclusa, que se transmitió al Ministerio de la Gobernación. RECIO, P., “Breve visita a la Inclusa. Una charla con el doctor Muñoyerro”, *La Voz*, 20 de febrero de 1930, pág.4. “La Inclusa y el Colegio de la Paz. Una visita del doctor Suñer y del señor Gómez Cano”, pág.4.

⁷³⁰ TERCERO, M., “Los niños abandonados. La Caridad los recoge...” *ABC*, 15 de junio de 1930, pág.17.

⁷³¹ KERTZER: “Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy”, págs.589-595.

⁷³² VIAZZO, BORTOLOTTI, y ZANOTTO: “Child Care, infant mortality and the impact of legislation: the case of Florence's foundling hospital, 1840-1940”, pág.240.

⁷³³ FUCHS: “Legislation, Poverty and Child-Abandonment in Nineteenth-Century Paris”.

quedarse en cantidades importantes dentro de la institución. La preocupación por los destetados enlazaba con la preocupación por el comportamiento y la vigilancia de las nodrizas y no tanto con la situación interna.

Es importante realizar un apunte sobre el régimen específico de aquellos niños que, por diversas razones, experimentaban el destete dentro de la institución (ya fuera porque entraran a esa edad o porque hubieran quedado lactando allí, fueran devueltos, etc.). Los reglamentos se referían a ellos en el capítulo 6 sobre el Departamento de Conservación pero la reglamentación sobre éstos era relativamente escasa. Se declaraba que las Hermanas de la Caridad serían las encargadas exclusivas de su cuidado, alimentación y, sobre todo, limpieza⁷³⁴.

Las especificaciones dadas eran muy reducidas comparadas con el detalle dedicado a los lactantes. La mayor parte de los procedimientos, de entrada, salida y envío a lactar se estipulaban iguales que para los lactantes. Sobre la alimentación sólo se establecía la diferenciación entre los más pequeños que tomarían leche de cabra o vaca, según parecer médico; y los mayores y más robustos, a los que se les podía dar “el alimento general de la familia, con la debida precaución y moderación”⁷³⁵.

Seguir la situación de estos niños es bastante difícil porque ni siquiera aparecían más que en forma de menciones numéricas en los estados de la Inclusa que los distintos directores de la Inclusa realizaron a lo largo del tiempo. Inicialmente estuvieron alojados en las mismas instalaciones que los lactantes, en la calle Embajadores, pero a raíz de la apertura del Asilo de San José, fueron trasladados allí, con una mejora de su situación. En estas instalaciones, construidas ex – profeso para albergar asilados, había amplios espacios para alojar niños y había un importante número de nuevos adelantos, como una gota de leche, máquinas de esterilizar ropa, etc. recibiendo desde el primer momento grandes elogios por su situación.

La escasa información que se puede obtener de las vidas de estos niños proviene de algunos de los recuentos anecdóticos aparecidos en prensa. En 1911, un reportaje de *Pro-Infantia* informaba que residían en el Asilo de San José 103 niños, 120 niñas al cuidado de 58 “niñas mayores” (niñas que habían estado en el Colegio de la Paz pero que seguían viviendo y trabajando para la Inclusa) junto con las Hermanas de la Caridad⁷³⁶.

Después de su estancia en la Inclusa, a una edad variable (primero a los 5 y 7, luego a los 7 y 9 y, finalmente, a los 10 años) pasaban los niños a una institución (dependiendo del momento el Hospicio, el Colegio de Nuestra Señora de los Desamparados, el Hospicio de San Fernando, el Colegio Pablo Iglesias), mientras que las niñas iban al Colegio de Nuestra Señora de la Paz, también bajo el control de la Junta de Damas⁷³⁷.

⁷³⁴ Artículo 68-76 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷³⁵ Artículo 74 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷³⁶ GÓMEZ CANO: “Asilo de San José (Sucursal de la Inclusa)”, págs.63-68.

⁷³⁷ MONTE-CRISTO, “La Casa de San José”, pág.3.

6.2.3. EL TIEMPO DE ESPERA HASTA EL ENVÍO A PUEBLOS Y LAS AMAS EXTERNAS

6.3.2.1. El tiempo de espera hasta el envío a lactar

La opción óptima de crianza para los niños abandonados en casi todas las inclusas era el envío a lactar con nodrizas rurales porque era imposible mantener todos los niños abandonados anualmente dentro de la institución. Así que, en realidad, la estancia en la institución se concebía para la mayor parte de los niños como una fase temporal, intermedia.

Tradicionalmente el tiempo que debían esperar los expósitos hasta ser enviados a la lactancia externa podía usarse como una medida de la efectividad de una Inclusa, es decir de su capacidad de gestionar satisfactoriamente los niños abandonados en ella ya que se prefería enviar a los niños al campo cuanto antes. Así, el objetivo de las instituciones en toda Europa era minimizar ese tiempo de espera⁷³⁸ por lo que a mediados del siglo XIX era normal que el número medio de días que un niño debía esperar antes de ser enviado a lactar era de dos o tres días o, como mucho, una semana.

Dos procesos estaban detrás de esta práctica: el cambio de apreciación sobre el tiempo óptimo que los niños debían pasar en la institución antes de ser enviados a lactar y la disponibilidad de nodrizas. A partir de finales del siglo XIX, hubo un cambio en la consideración del tiempo ideal por la irrupción de la preocupación sobre el contagio de enfermedades de los niños a sus nodrizas, fundamentalmente la sífilis, haciéndose necesario tomar medidas para evitar este problema. La solución consistía en incrementar el número de días de espera dentro de las instituciones para permitir que los primeros signos de la sífilis se manifestaran y así, asegurarse de que no se enviaban niños enfermos a contagiar. En España este proceso no se produjo hasta entrado el siglo XX pero en Italia, por ejemplo, el proceso estuvo en marcha desde mediados del siglo XIX.

Los primeros problemas de contagio fueron investigados en ese país alrededor de 1850⁷³⁹ pero las primeras medidas no se tomaron hasta décadas más tarde. En 1887 una Directiva del Ministerio de Sanidad italiano recomendó una serie de medidas a las instituciones para evitar este tipo de casos (fundamentalmente las reclamaciones y demandas interpuestas por las nodrizas a las casas de expósitos). Y, en 1895, a causa de la demanda de una nodriza a la Inclusa de Bolonia, se decretó que los niños debían mantenerse en la casa de expósitos en lactancia artificialmente durante tres meses antes de ser enviados a lactar. La única excepción eran aquellos nacidos en Maternidad, que debían ser lactados por sus madres, obligadas a ingresar en la institución con ellos. La dramática elevación de la mortalidad produjo que esta medida no se mantuviera durante mucho tiempo y en 1901 se decretó la vuelta a la lactancia mercenaria de esos niños y la vigilancia extrema. A pesar de ello, el periodo de tiempo siguió siendo bastante más prolongado que en el siglo anterior⁷⁴⁰.

⁷³⁸ CORSINI, C.: "Materiali per lo studio della famiglia in Toscana nei secoli XVII-XIX: gli esposti" en *Quaderni Storici* nº 11, 1976, págs.992-1052; y VIAZZO, BORTOLOTTI, y ZANOTTO: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality", págs.81-82.

⁷³⁹ KERTZER: "Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy", págs.595-597. El relato completo de esta situación se puede ver en KERTZER: *Amalia's Tale. A Poor Peasant, an Ambitious Attorney, and a Fight for Justice*.

⁷⁴⁰ KERTZER: *Amalia's Tale. A Poor Peasant, an Ambitious Attorney, and a Fight for Justice*, pág.39 y ss.

Por otro lado, otro factor importante en determinar el tiempo que se tardaba en enviar a un expósito a lactar al campo era el número de nodrizas disponibles. Un problema de partida ya había afectado a estas instituciones desde antiguo: la disponibilidad real de nodrizas internas como externas para poner en práctica las teorías sobre el procedimiento más adecuado de gestión de la población expósita. Una contracción del número de nodrizas externas producía el retraso del envío a lactar pero una contracción del número de nodrizas internas implicaba o la alimentación artificial de muchos más niños o la reducción del tiempo de estancia si había nodrizas externas suficientes para cubrir la demanda. De hecho, en Florencia se han estudiado los dramáticos efectos sobre la mortalidad infantil de la escasez de nodrizas en momentos puntuales como la Primera Guerra Mundial⁷⁴¹.

En España, no hay una evolución tan clara como la que se puede ver en Italia: por un lado, la mayor parte de las variaciones parecieron ser causadas casi exclusivamente por la disponibilidad de nodrizas mientras que los cambios producidos por la preocupación por la sífilis no afectaron a las políticas de lactancia externa hasta bien entrado el siglo XX.

Blanco *et al.* reportan que durante todo el periodo 1850-1932 se intentaba que todos los expósitos salieran y sólo un 7,84% permaneció sin salir a lactar pero no hacen referencia a estas preocupaciones⁷⁴². Para Barcelona, las variaciones en el tiempo durante el siglo XIX estaba más relacionadas con la contracción/oferta de nodrizas y Rodríguez Martín documenta envío entre una y tres semanas en algunas fechas como 1855, 1860 y 1890 y una espera de entre un mes y varios meses en otros momentos, como 1875 o 1880⁷⁴³. Sin embargo, Uribe sí menciona los cambios en el tiempo que los niños tardaban en ser enviados a lactar y la preocupación por el contagio aunque no cuenta con una evidencia empírica definitiva en este sentido⁷⁴⁴.

En la Inclusa de Madrid, tenemos evidencias de los dos procesos y disponemos de información cuantitativa adecuada para realizar nuestros propios análisis por lo que podemos estudiarlos no sólo a través de la información ofrecida de los médicos sino también de la información de los Libros de Entradas y Salidas. Esto, además, nos ha permitido estudiar esta tendencia en función de las características de los niños y averiguar si existía algún tipo de preferencia por algún tipo de colectivo en la velocidad con la que se enviaban a lactar.

A. La probabilidad de ser enviado a lactar

Las medidas para hablar de la eficacia de las instituciones tradicionalmente usadas (el porcentaje total de niños enviados a lactar de una generación dada y la

⁷⁴¹ VIAZZO, BORTOLOTO, y ZANOTTO: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality", pág.82.

⁷⁴² BLANCO VILLEGAS, M. J. et al.: "Exposición y muerte de los niños acogidos en la Casa Cuna de Ponferrada entre los años 1850-1932 (León, España)" en *Revista de Demografía Histórica* nº XX (II), 2002, pág.117.

⁷⁴³ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.195.

⁷⁴⁴ URIBE-ETXEBARRIA FLORES: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*.

proporción de niños que eran enviados a lactar en los diferentes periodos de tiempo) están afectadas por la dependencia salud-tratamiento ya descrita por lo que su lectura ofrece una imagen afectada por distintos procesos. Para abordar su estudio con medidas longitudinales hemos puesto en uso la metodología de análisis longitudinal midiendo la ocurrencia del evento “envío a lactar a un pueblo” durante los primeros 100 días de vida.

En este caso, hemos considerado la admisión a la Inclusa como el punto de partida del inicio del riesgo y hemos contado los días transcurridos hasta que ocurriera este evento (diferencia de la estructuración clásica del tiempo que se ha descrito en la introducción y utilizado en los capítulos 7 y 9 aquí que utiliza la propia experiencia vital como eje temporal). Esta decisión deriva de nuestra hipótesis de que la probabilidad de ser enviado a lactar, al ser un procedimiento de gestión utilizado por la institución, no era un riesgo intrínsecamente inherente a la edad del expósito (aunque hemos incorporado esta consideración en el análisis) sino del tiempo de estancia en la institución. Las implicaciones prácticas en la consideración de los datos se han recogido en el gráfico D.1 del anexo.

Una prueba de la procedencia de esta aproximación frente a las medidas tradicionales se ve en el gráfico 6.4, donde se ha calculado la probabilidad de un expósito de ser enviado a lactar si permanecía en la Inclusa durante los primeros 100 días de vida. Las líneas rojas recogen la estimación tradicional (porcentaje simple de niños enviados a lactar del total de admisiones anuales). Además de la línea continua que muestra el total, la línea discontinua muestra el cálculo si se excluyen los casos técnicos porque nunca estuvieron expuestos a la posibilidad de ser enviados a lactar. Fundamentalmente difieren en el periodo 1900-1916, debido al incremento de casos técnicos que produjo una subestimación del número de niños enviados a lactar, por lo que hemos tomado la línea discontinua como una medida más adecuada. La línea negra, por otro lado, se refiere a la probabilidad de que un niño fuera enviado a lactar en los primeros 100 días de vida que se ha calculado a través del producto de las probabilidades diarias (en las que sólo se han recogido aquellos niños vivos en la institución).

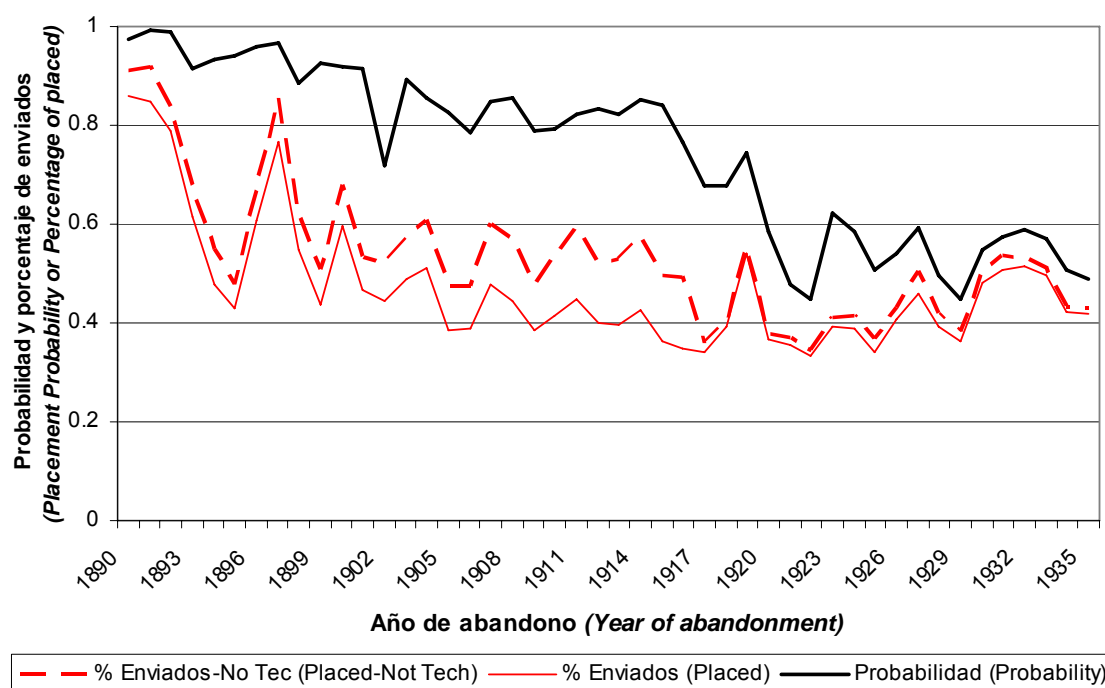
De su comparación, podemos extraer tres conclusiones. En primer lugar, la probabilidad es mucho más elevada que el porcentaje lo que permite entender mejor el funcionamiento de la institución. En 1895, por ejemplo, el porcentaje del 40% podría hacernos pensar en una elevada cantidad de niños no enviados a lactar pero la probabilidad de ser enviado a lactar controla por el efecto de la mortalidad y nos permite saber que prácticamente todos los niños abandonados ese año y que todavía estaban vivos y presentes en la institución para ser enviados a lactar salieron de la institución en los primeros 100 días, por lo que apenas quedaba ninguno en el interior.

En segundo lugar, vemos que cuanto más elevada era la proporción de niños enviados a lactar, menor era la diferencia con la probabilidad de ser enviado a lactar. Si los niños se enviaban muy rápidamente a lactar, casi todos podían experimentar ese evento antes de que se produjera otro evento (muerte o retorno). Sin embargo, si la intensidad del envío era menor o se incrementaba el tiempo de espera, la probabilidad de que murieran (o fueran recogidos) aumentaría y el porcentaje de no enviados a lactar sería mucho más grande (aunque el riesgo de ser enviado fuera el mismo).

En tercer lugar, se puede ver que, salvando las oscilaciones en el número de niños que eran enviados a lactar de los primeros años de estudio (1890-1896), la variación en el porcentaje de niños enviados a lactar no fue muy grande, lo que sugiere estabilidad en el número de niños que permanecían en la institución. No obstante, si se observa la línea de la probabilidad se ve que, en la práctica, había un creciente número de niños que no eran enviados a lactar y que todavía estaban vivos al final del periodo, sugiriendo cambios en el comportamiento. Sobre todo, a partir de 1906 se aprecia un descenso paulatino de la probabilidad de ser enviado a lactar durante los primeros tres meses de estancia en la institución que puede referirse a dos aspectos. Por un lado puede deberse a un retraso regular por la falta de nodrizas suficientes u otras razones médicas relacionadas con el envío propiamente o a un cambio de comportamiento: la conservación de los niños en la propia Inclusa.

Gráfico 6.4. Comparación del número de niños enviados a lactar y la probabilidad de ser enviado a lactar si seguían vivos en la institución (durante los 100 días siguientes a la admisión).

[Graph 6.4. Comparison between the percentage of placed children and the probability of being placed in the countryside if they were still alive (for the 100 days after admission)].



Nota % enviados a lactar: número enviados en una generación/admisiones en esa generación. % Enviados No Tec: cálculo excluyendo los técnicos de las admisiones anuales. Probabilidad= probabilidad de ser enviado a lactar antes de los 100 días de estancia en la Inclusa. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

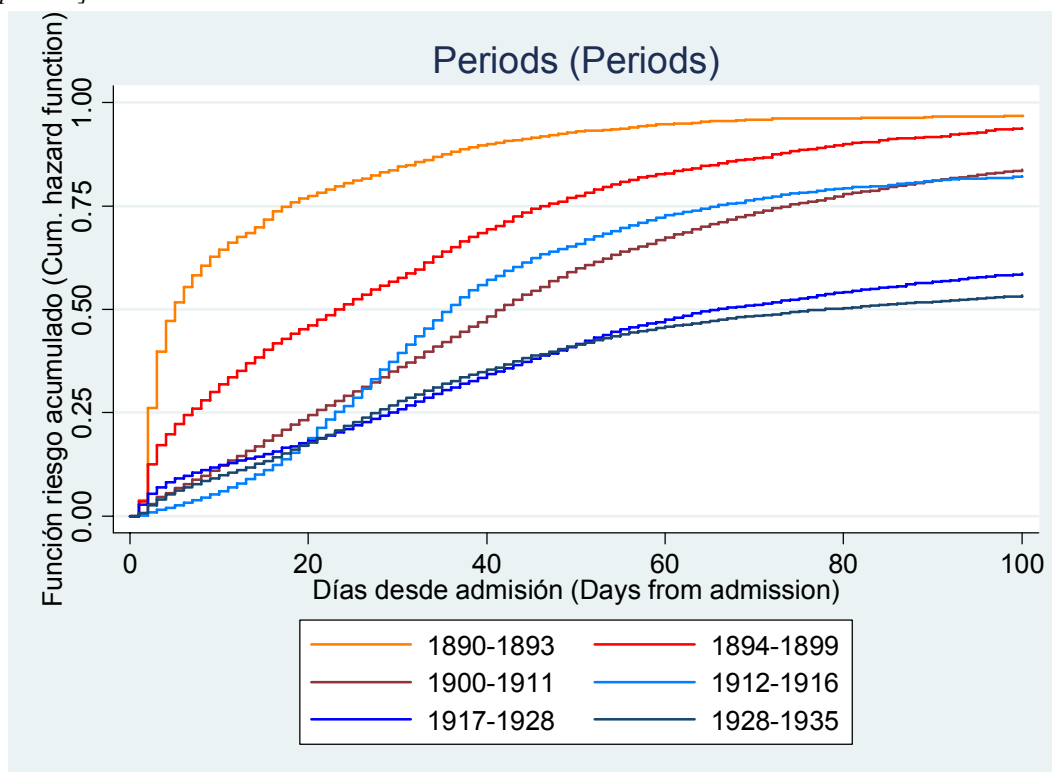
[Note: % Placed: number of children placed from a generation/number of children in generation. % placed Not Tech: computation excluding technical abandonments from admissions. Probability=probability of being placed before day 100 of stay in the institution. Source: ARCM. Own elaboration].

La coincidencia temporal de esta caída con la fundación del Asilo de San José en 1906 sugiere que la posibilidad de conservar muchos de los niños de destete en las nuevas instalaciones en la Calle O'Donnell permitió no tener que enviar a esos niños, que seguían su crianza dentro de la propia Inclusa. Y el siguiente descenso de importancia, en 1918-19, esté relacionado con el traslado de todos los niños de la Inclusa a las nuevas instalaciones y las mayores posibilidades de conservación que tenían los niños en ese lugar.

Si nos concentramos en el momento específico en el que ocurría el envío a lactar podemos ver hasta qué punto el discurso público de los médicos se correspondía con lo que estaban haciendo. En el gráfico 6.5 hemos representado la probabilidad de que un niño fuera enviado a lactar durante los primeros 100 días de vida de estancia en la Inclusa. Hubo una evolución clara hacia una reducción de la probabilidad de ser enviado a lactar. Para distinguir si los patrones de envío variaban en función de la edad de los niños a la admisión, adicionalmente, en el gráfico 6.6 se ha individualizado el análisis para cada periodo en función de la edad a la admisión.

Gráfico 6.5. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar según el periodo de admisión.

[Graph 6.5. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to different admission periods].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Los dos primeros periodos se han sub-dividido en otros dos periodos cada uno para poder capturar la existencia de diferencias en prácticas de envío a lactar sugeridas por los datos, los propios médicos o los cambios de dirección de la institución. La división de 1890-93 y 1894-99 se explica por la diferencia observada en los datos que puede estar capturada por esta declaración de González Álvarez de 1895:

No debe salir el niño de la Inclusa antes de los quince días de edad, pues si bien, por mi indicación, no salen antes de los ocho días en invierno, el Reglamento guarda silencio sobre este punto. Es tan impresionante al frío y tan difícil en viaje sustraerle al enfriamiento, que constituye una causa respetable de su mortalidad. Los cuadros de Bertillon demuestran que la mortalidad infantil decrece rápidamente a partir de la segunda semana de vida⁷⁴⁵.

⁷⁴⁵ GONZÁLEZ ALVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, pág.34.

En el primer periodo, 1890-93, vemos claramente la costumbre típica del siglo XIX: la probabilidad de lactar era elevadísima inmediatamente tras la entrada, de modo que el 50% de los niños ya habían sido enviados en el día 3. El segundo periodo, 1894-1899, aún muestra un calendario temprano, con las probabilidades creciendo espectacularmente desde el mismo momento de la admisión, aunque el 50% no se alcanzaba hasta pasado el día 20. El retraso del envío a lactar sólo se aplicaba a los niños menores de un mes, que son los únicos en mostrar un suavizamiento de la pendiente de la curva del riesgo acumulado.

Además de los dos factores detrás de los cambios en el tiempo de espera hasta a la lactancia que hemos discutido en el epígrafe anterior, vemos que aparece un tercero, la salud infantil, que pudo combinarse con los problemas de escasez de nodrizas por los impagos para producir este efecto⁷⁴⁶. Está claro en este momento que la preocupación por el contagio de la sífilis no era un problema que mereciese este tipo de medidas entre los médicos españoles. Esta política entroncaba con la tibia postura de los médicos ante esta situación que se había manifestado desde principios del siglo XIX, desconfiando de los niños como el principal elemento de contagio. El dr. Uriz, médico navarro, decía en 1801:

... han de haber niños corrompidos que corrompan a mugeres que no estén; y mugeres corrompidas, que talen los niños limpios⁷⁴⁷.

Ya en el siglo XX, los problemas de impago desaparecieron y no se ha encontrado, por el momento, ninguna referencia explícita, a las medidas protectoras frente a la sífilis, por lo que la profundización de las tendencias debió tener más que ver con un reajuste a la cantidad disponible de nodrizas.

La división del primer periodo en 1900-1911 y 1912-1917 responde al cambio de dirección de la Inclusa (entrada de Hernández Briz) pero no se aprecian grandes diferencias. En ambos se ven dos cambios con respecto al anterior. En primer lugar, se redujo la probabilidad final acumulada de ser enviado a lactar para todos los grupos pero particularmente para los mayores de un año que, pese a mantener un calendario muy temprano de lactancia, dejaron de ser enviados tan a menudo, muy probablemente como consecuencia de la apertura de San José. En segundo lugar, la probabilidad de enviar a los niños al exterior tendió a alcanzar el 50% solo hacia los 40 días, mostrando una intensidad de envío mucho más paulatina.

En el periodo en el que los “reformadores” Bravo y Alonso estuvieron dentro de la Inclusa (1912-1917), este retraso tardío aparece ya en el discurso:

(los dos primeros meses de vida)... hasta esa edad cuando los niños permanecen en la Inclusa⁷⁴⁸.

La situación según los datos parece sólo profundizar las tendencias pasadas: los niños mayores de un año o eran enviados a lactar en los primeros días tras su ingreso o

⁷⁴⁶ Ya en 1895 González Álvarez reconoce que se debían más de 14 mensualidades y en diciembre de 1899-principios de 1900 estalló una polémica pública. Ver sección 4.2.

⁷⁴⁷ URIZ, J. J.: *Causas de la muerte de los niños expósitos en sus primeros años: remedio en su origen de un tan grave mal y modo de formarlos útiles a la religión y al Estado con notable aumento de la población, fuerzas y riquezas de España*, 2 vols., Imprenta de José Rada, Pamplona, 1801, pág.32.

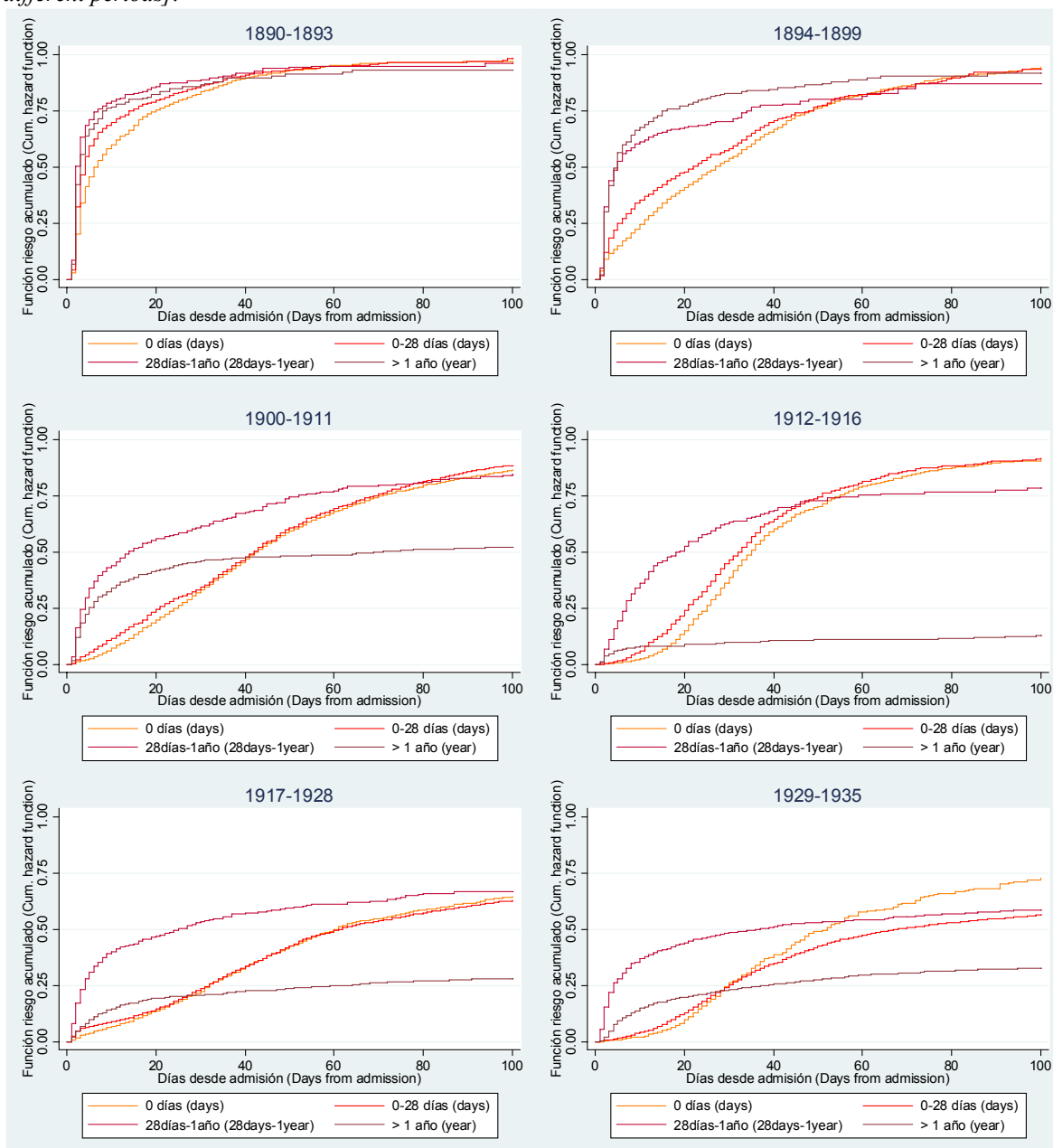
⁷⁴⁸ *La mortalidad de los niños de la Inclusa. Sus causas y sus remedios*, pág.14.

nunca lo serían y pasaban a San José. Para los más pequeños, no obstante, la tendencia se profundizaba y hasta los 20 días no se producía un verdadero incremento en la probabilidad de ser enviado a lactar, estabilizándose alrededor de los 80 días. Sólo a partir de este momento aparecen las primeras referencias conscientes a la sífilis y el contagio como problemas a los que dar una solución práctica. En la Memoria, reclamaban:

... prohibición de la salida de los niños del Establecimiento antes de cumplido el tercer mes, por los peligros de contagio de la sífilis a las nodrizas externas...⁷⁴⁹

Gráfico 6.6. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar según la edad a la entrada para diferentes periodos.

[Graph 6.6. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to age at admission for different periods].



Fuente: ARCM. Elaboración propia. [Source: ARCM. Own elaboration].

⁷⁴⁹ Ibid., pág.28.

Esta reclamación fue repetida en 1923 pero, a partir de ese momento, desapareció de su discurso,⁷⁵⁰ quizá por la sensación de que se había producido un cierto triunfo y las mejoras en la capacidad de tratamiento de la sífilis. No obstante, desde esa fecha no se observan cambios apreciables ni en la probabilidad general de ser enviados a lactar ni en las diferencias en función de la edad de los niños pero se observa una variación clave en el nivel final alcanzado. Si se consideran conjuntamente los gráficos para 1917-1928 y 1929-35, se ve, en realidad que no existieron grandes diferencias entre ellos y que la probabilidad acumulada de ser recuperado se alcanzaba ya en los 60 días, a diferencia del periodo anterior, en el que estaba fijada en los 45 días.

Así, vemos que hubo un cambio paulatino en el tiempo que se tardaba en enviar a los niños a lactar que estuvo relacionado tanto con cuestiones ideológicas, prácticas y coyunturales.

B. Diferencias en el tiempo de espera para ser enviado a lactar

El cambio paulatino en el tiempo de espera antes de la lactancia externa estuvo relacionado con distintos tipos de factores. Por un lado, había aspectos que llevaban a una preferencia de tiempo específica (variable en el tiempo) relacionada con la edad; por otro lado, el factor de disponibilidad de nodrizas era clave en la evolución coyuntural a lo largo del tiempo; y, finalmente, el factor de selección individual parecía la salud infantil y la falta de petición materna, es decir, el envío de los sanos y de aquellos cuyas madres no se habían manifestado en contra de que fueran enviados.

Es posible que esos factores no agoten las posibilidades de diferenciación de probabilidades de envío a lactar y, en este epígrafe, hemos tratado de estudiar otras posibles preferencias. Por un lado, es importante tener en cuenta otros factores que podrían afectar a la limitación del envío a lactar no tanto en el largo plazo sino en patrones cíclicos estacionales, por lo que hemos explorado la estación de abandono como un indicador de la capacidad atractora de nodrizas de la Inclusa. Por otro lado, dada la simplicidad de los estudios realizados hasta el momento, parece existir un consenso (repaldado por el silencio de los contemporáneos al respecto) sobre la igualdad de probabilidades de ser enviado a lactar de los niños por lo que es preciso estudiar si había un efecto de preferencia en ese envío.

Esta preferencia puede estudiarse en dos niveles: una esperable (realizada en función de características intrínsecas al niño, visibles, como el sexo) y una, menos esperable, debido al secreto de filiación y circunstancias (la legitimidad o el origen). Para asegurar la corrección cronológica de estas comparaciones, hemos incorporado el periodo específico (simplificado a los cuatro principales que hemos tratado hasta el momento) para evitar la confusión de efectos cronológicos (variación de la intensidad y tiempo de espera antes de ser enviado a lactar) con diferencias de tratamiento relacionadas con las características individuales.

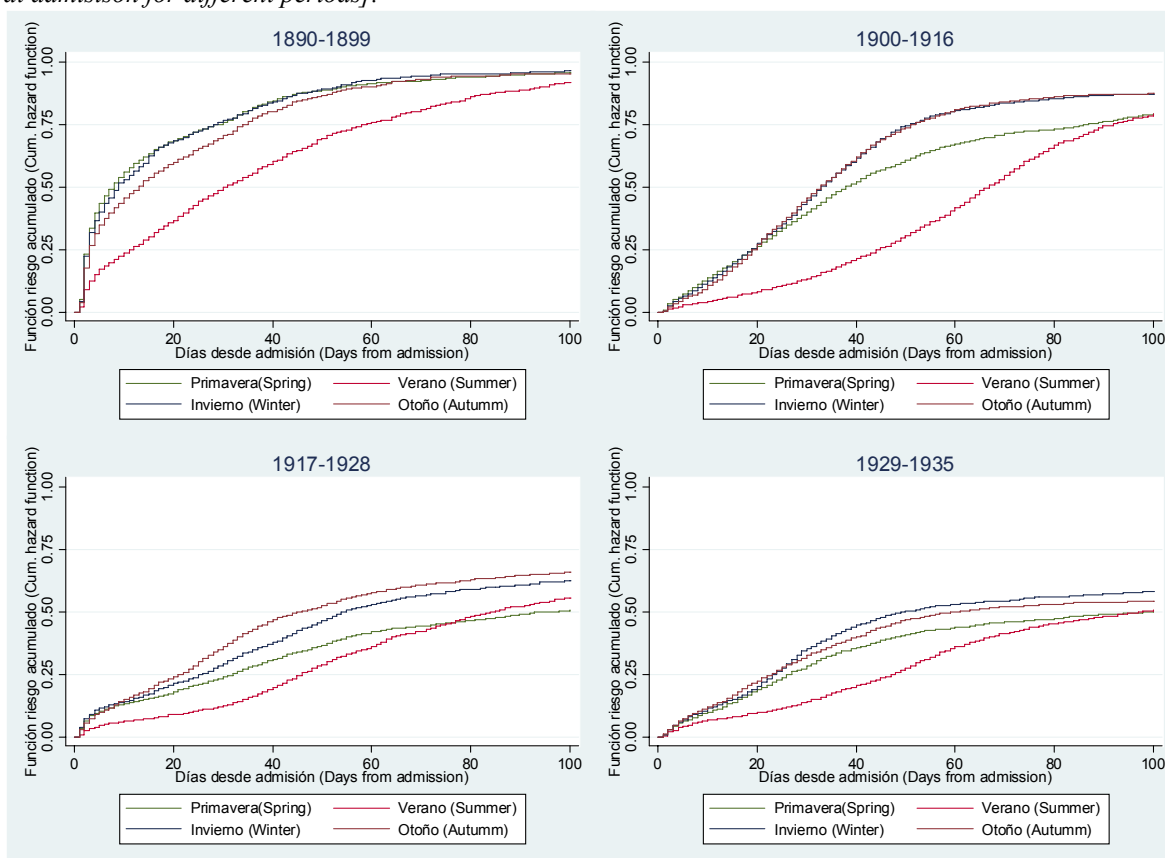
El efecto de la estacionalidad ha sido evaluado en el gráfico 6.7, donde se ha representado la probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función de la estación de abandono en los cuatro periodos fundamentales. En él vemos que existe una clara

⁷⁵⁰ La misma idea se repite en BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, pág.2

diferencia entre el verano y el resto de estaciones, con una menor velocidad e intensidad en el envío a lactar en la estación estival. La comparación formal de estas diferencias, además, muestra que son estadísticamente significativas (ver tabla D.2 del anexo). Esta variación estacional ha sido puesta de manifiesto por distintos autores para el contexto nacional e internacional, que señalan que el verano era el periodo del año donde la disponibilidad de trabajo agrícola hacía que el escaso salario que se ofrecía a cambio de la lactancia de expósitos no fuera un incentivo suficiente para atraer a las mujeres de las áreas rurales circundantes⁷⁵¹.

Gráfico 6.7. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función de la estación de abandono para diferentes periodos.

[Graph 6.7. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to season of abandonment at admission for different periods].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

De hecho, hasta entre los propios contemporáneos podemos ver esta asociación. El presidente de la Diputación Provincial de Madrid en la coyuntura del escándalo sobre el impago de las nodrizas en 1900 comentaba esta razón como justificación de la elevada mortalidad infantil:

...el estado de las cosechas, la mayor o menor recolección, pues como el estipendio es corto (15 pts. mensuales) si tienen ocupaciones que produzcan las necesidades no obligan, no viene por

⁷⁵¹ MARTÍN GARCÍA, PÉREZ ÁLVAREZ, y LÓPEZ PÉREZ: “Sistema asistencial, nodrizas y mortalidad infantil en León, 1700-1791”, págs.16-17. RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.462-474; SARASÚA: *Criados, nodrizas y amos: el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, pág.47.

niños, lo que se demuestra con saber que los veranos, aun en los de peor recolección, escasean siempre las amas...⁷⁵²

Esta situación fue tan preocupante en algunos momentos, que se ofrecieron premios excepcionales de 10 pesetas durante algunos veranos para incrementar la capacidad de atracción de la Inclusa⁷⁵³. Entre el resto de estaciones, el invierno (aunque en algunos de los periodos el invierno y el otoño ofrecían una imagen muy parecida) era el momento en el que el tiempo de espera se minimizaba, debido a que la necesidad de complementos a la economía familiar era máxima por tratarse del periodo del año en el que el nivel de recursos era menor. Esta costumbre era común a otros lugares: en Bolonia a finales del siglo XIX Kertzer apunta la mayor facilidad de envío invernal relacionada no sólo con la oferta de recursos, sino también con la mayor mortalidad infantil invernal en las montañas, que permitía a esas madres acudir a la ciudad a por expósitos⁷⁵⁴.

Por tanto, se comprueba que existía una variación estructural (estacional) más allá de las comentadas con antelación, relacionada claramente con la disponibilidad de nodrizas. No obstante, aún es importante explorar si existía esa preferencia diferencial por un tipo de niños que se insertaba sobre los demás condicionantes estructurales que hemos descrito (periodo, edad de entrada y estación). El primero que requiere ser estudiado es el sexo porque, pese a la aparente falta de diferencias en el abandono, es importante constatar si, en la mentalidad de la institución, había alguna muestra de esta preferencia generalizada por favorecer el sexo masculino (que podría provenir tanto de los propios encargados de garantizar su salida como de las demandantes de expósitos llegadas de áreas rurales).

El gráfico 6.8 nos muestra que no existía ninguna diferencia por sexo a excepción del periodo 1900-1916 (test formales en la tabla D.3), donde se ve una clara diferencia entre ambas líneas a lo largo de los primeros 100 días: consistentemente se enviaban los niños con más probabilidad que las niñas. Esta diferencia se dio de forma generalizada en este periodo independientemente de la edad o la forma específica de admisión.

Una desventaja masculina podría ser explicada por la mejor supervivencia biológica femenina pero la desventaja femenina que encontramos tiene que ser explicada posiblemente en términos de preferencia deliberada. Por un lado, podría pensarse que existía una preferencia por parte de las nodrizas externas a la hora de exigir un determinado tipo de niños para lactar: la preferencia de un niño, que podría tener un valor económico futuro mayor, si se conservaba al expósito durante varios años. En general, la institución no permitía este tipo de selección para evitar abusos.

Por tanto, es difícil explicar esta situación que, además, sólo ocurrió en un momento muy determinado de tiempo. Al re-estimar las probabilidades para el tiempo de dirección de González Álvarez y Hernández Briz (1900-11 y 1912-1916), vemos que

⁷⁵² DE BLAS, Á., "Las amas de la Inclusa. Carta del presidente de la Diputación Provincial", *La Época*, 23 de diciembre de 1900, pág.2.

⁷⁵³ "Diputación Provincial", *La Voz*, 26 de junio de 1928, pág.6; "Diputación Provincial", *El Imparcial*, 19 de junio de 1929, pág.2.

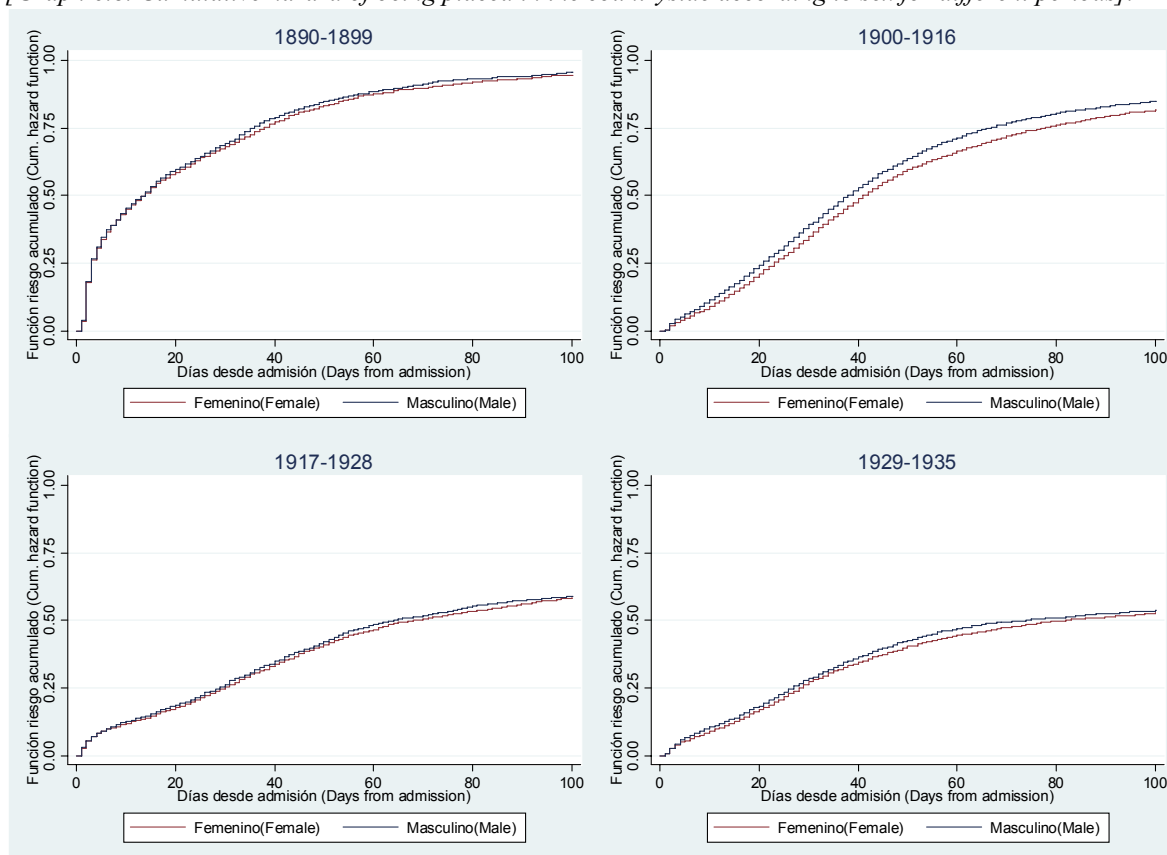
⁷⁵⁴ KERTZER: *Amalia's Tale. A Poor Peasant, an Ambitious Attorney, and a Fight for Justice*, pág.16.

las diferencias significativas sólo aparecen en el periodo de González Álvarez aunque se mantienen a lo largo de todas las edades y orígenes

Además de la existencia de preferencias claras sobre las características de los niños, es importante también comprobar si estaban en juego otras preferencias que impliquen una menor importancia del secreto de la que las instituciones insistían en transmitir. Así, la forma de admisión y la legitimidad del niño pueden ser utilizadas para comprender si existían esas filtraciones de la información personal de los niños (y éstas tenían importancia en su envío a lactar).

Gráfico 6.8. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función del sexo para diferentes periodos.

[Graph 6.8. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to sex for different periods].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

En primer lugar, hemos analizado el origen ya que, como hemos reiterado en el capítulo anterior, implicaba un tipo de circunstancias muy distintas y hemos identificado, al menos, dos sub-poblaciones que nos permiten limitar la heterogeneidad del grupo de asilados. En el gráfico 6.9 hemos representado las probabilidades de ser enviado a lactar (el test correspondiente de diferencias se ha incluido en la tabla D.4 del anexo), donde se puede ver que existieron distintos tipos de relaciones entre ambos orígenes a lo largo del tiempo.

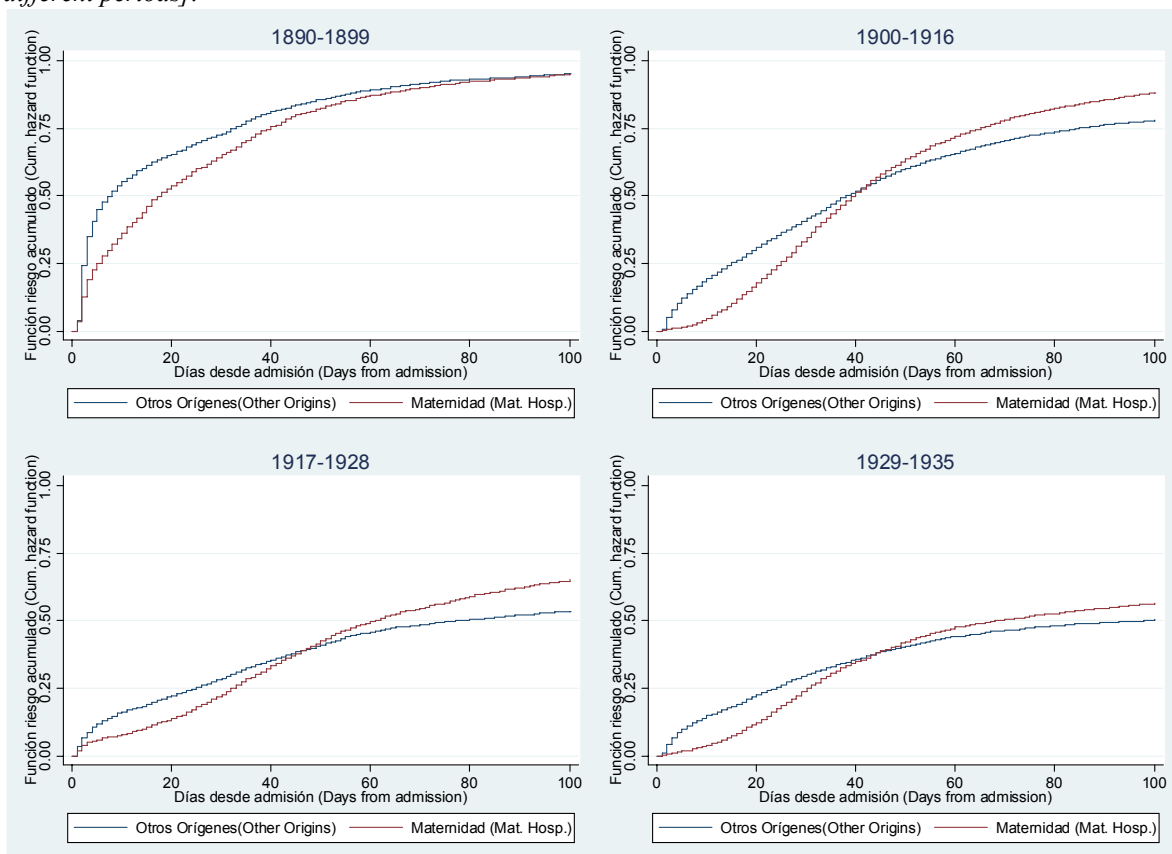
En el primer periodo, había una clara diferencia entre proceder de la Casa de Maternidad y de los Otros Orígenes, con los primeros mostrando una probabilidad de ser enviado a lactar más retrasada y menos intensa. En el periodo 1900-1916 se aprecia esa misma ventaja de los niños de Otros Orígenes, que se compensa, a partir de los 40

días, aunque, en general, se siguen apreciando diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Finalmente, en el resto del periodo, desde 1917 a 1935 vemos que se reproduce el mismo patrón pero las diferencias globales no son significativas porque se produce una compensación. Si bien los niños de Maternidad tardaban más en ser enviados, a partir del mes y medio, incrementaban sus probabilidades llegando a mayores niveles de envío a lactar antes de los 100 días que los admitidos a través de Otros Orígenes.

Dado que una de las características fundamentales responsables de las diferencias estructurales que hemos encontrado era la edad de entrada, se ha ajustado el análisis por esa variable (gráfico D.2 en el anexo). Así, se puede ver que parte de esta inversión está condicionada por la estructura de edad diferencial de los niños de ambos orígenes: una mayor presencia de niños de mayor edad entre aquellos admitidos a través de Otros Orígenes. Aunque se mantiene la ventaja de los Otros Orígenes (estadísticamente significativa en los cuatro periodos), la inversión a partir de los 45 días desaparece y las líneas simplemente convergen. Es decir, el mantenimiento de los niños mayores de un año era el responsable del descenso de las probabilidades de supervivencia a partir de ese momento. Una vez controlado este efecto, todavía se documenta un ligero retraso en el calendario de envío de los niños de Maternidad, que se igualaba alrededor de los dos meses y medio, alcanzando los mismos niveles que los niños de Otros Orígenes.

Gráfico 6.9. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función del origen para diferentes periodos.

[Graph 6.9. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to means of admission for different periods].



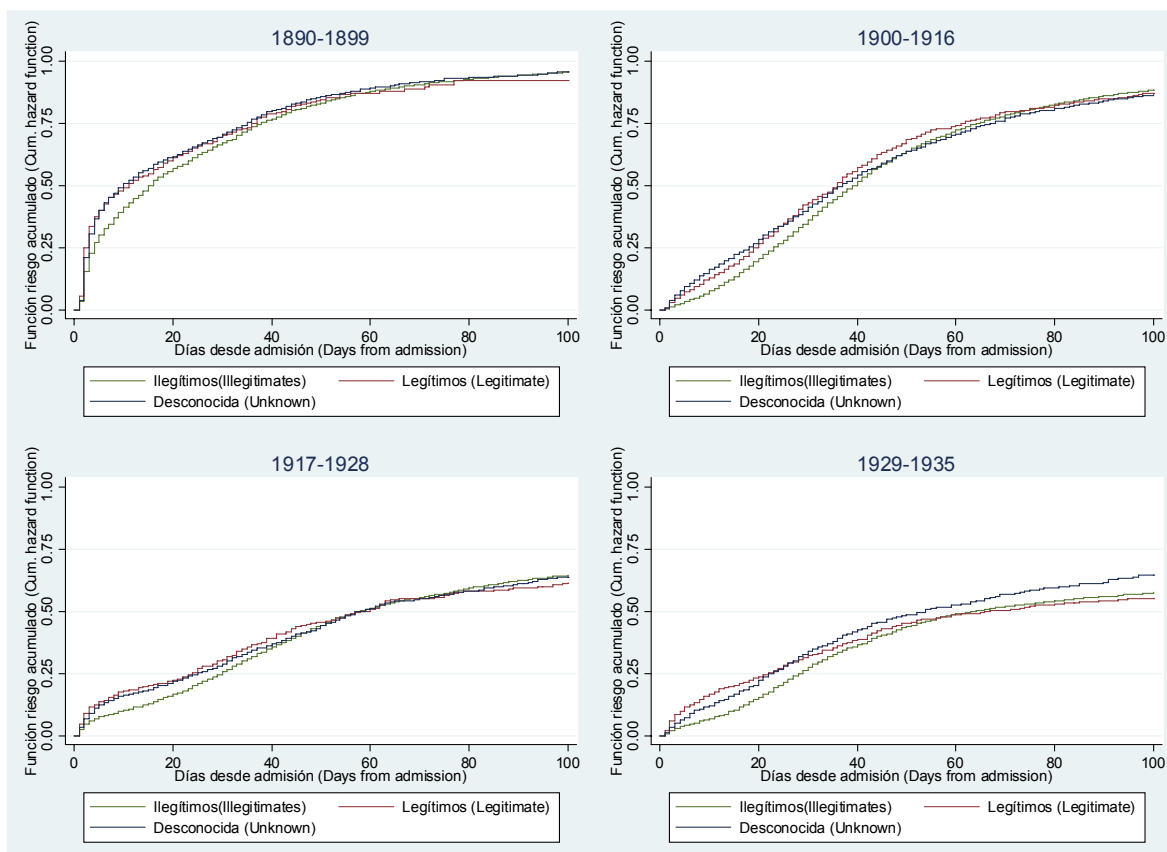
Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Podría hipotetizarse un efecto de selección por salud pero, precisamente, entre los niños procedentes de Maternidad se esperaba una mejor salud, ya que habían experimentado un parto medicalizado, cuidados desde el primer momento y no contaban entre ellos con el contingente más enfermo (que probablemente venía del turno). Así que, posiblemente, esta situación se deba al efecto de la reserva que establecían las madres sobre los niños nacidos en Maternidad para que no fueran enviados a lactar (y que no era cumplida) o a una tendencia generalizada a mantener esos niños en la esperanza de un cambio de opinión por parte de las madres. El conocimiento de esta información por parte de la institución implicaría una mayor divulgación sobre sus antecedentes de los que esperábamos pero dentro de lo razonable, dado que el propio desarrollo del empleo dentro de la institución podía darles esa información sobre la procedencia de los niños.

En cambio, cuando estudiamos la diferencia de política de envío de la institución en función de la legitimidad de los niños estamos claramente ante una característica sobre la que se guardaba, teóricamente, el máximo secreto desde el abandono. La información sobre la filiación sólo se conservaba en los Libros de Entrada, bajo llave en el despacho del Director y los particulares no se revelaban al personal interno. Solo en el caso de reserva expresa de la madre (que, por lo que sabemos por las notas, no era muy común) esa información sería susceptible de ser divulgada.

Gráfico 6.10. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar para los menores de 1 año en función de la legitimidad para diferentes periodos.

[Graph 6.10. Cumulative hazard of being placed in the countryside for children younger than 1 year of age according to legitimacy status for different periods].



Fuente: ARCM. Elaboración propia. [Source: ARCM. Own elaboration].

La aparición de diferencias en este sentido, por tanto, implicaría una falta de secreto en el funcionamiento interno de la institución. De conocerse, no obstante, se puede hipotetizar cual sería el sentido en el que la filiación aumentaría o disminuiría las posibilidades de ser enviado a lactar en función del peligro del contagio o de la reserva establecida por sus madres. Los niños legítimos podían tener una consideración dual.

Por un lado, sería esperable que los niños con antecedentes más “morales” y teóricamente abandonados por la pobreza fueran aquellos más fácilmente entregados a la lactancia externa ya que no suponía un peligro para la salud de las nodrizas externas. Por otro lado, es posible que sus madres o familias en mayor medida requirieran que se mantuvieran en la institución para ser recuperados. En cuanto a ilegítimos y niños de filiación desconocida, sería razonable pensar que la institución tuviera un cierto recelo a la hora de enviarlos a lactar y quisiera esperar un cierto tiempo antes de enviarlos para que se manifestaran las enfermedades infecciosas por lo que sería esperable un cierto retraso en su salida. Aunque también cabría enunciar la hipótesis alternativa: que, suponiendo que como hijos bastardos, iban a ser recuperados con menor probabilidad, la medida más efectiva para asegurar su supervivencia era la lactancia. Para explorar estas preguntas, como en los casos anteriores, hemos representado la probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función de la filiación.

Según un análisis preliminar (test formales en la tabla D.5 del anexo), existen diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de ser enviado a lactar según la filiación. A excepción del primer periodo, en el que esta probabilidad era mayor para los legítimos que para el resto de niños, en los demás periodos los niños legítimos tenían menores probabilidades finales de ser enviados a lactar. Así, legítimos y niños de procedencia desconocida tenían probabilidades similares y mayores a las de los ilegítimos de ser enviados a lactar en los primeros 30 días de estancia pero a partir del mes, se invertían las posiciones y los que en mayor medida eran enviados a lactar eran los ilegítimos. En cualquier caso, en el cómputo total, la ventaja era para los niños ilegítimos.

Dada la importante asociación entre legitimidad y mayor edad a la entrada, hemos ajustado los gráficos por la edad de entrada, centrándonos en los niños menores de 1 año (representada en el gráfico 6.10). La respuesta a nuestra primera pregunta sobre la falta de mantenimiento del secreto sigue siendo afirmativa, ya que las diferencias entre los tres grupos eran todavía significativas. No obstante, desaparece el cruce de probabilidades en el día 30 (provocado por la ausencia de los niños mayores de 1 año que eran legítimos en mayor medida y los que menores probabilidades de ser enviados a lactar tenían), que es sustituido por una convergencia de probabilidades hacia los 45-60 días. A lo largo de los primeros 100 días de estancia, se aprecia un claro predominio de los niños legítimos en la probabilidad de ser enviado a lactar, apoyando nuestra hipótesis inicial de que los niños legítimos (o de padres conocidos) debían parecer más seguros (o quizá más “merecedores” de la oportunidad de ser enviado a lactar). Los niños de filiación desconocida parecen tener unas probabilidades de ser enviados a lactar muy similares a las de los legítimos, lo que supone un reto a la explicación que nos vemos incapaces de aclarar.

También en este caso se podría hipotetizar que parte de la diferencia podría estar explicada por una diferencia de salud que se distribuye de acuerdo a la legitimidad

pero no es consistente con el propio gradiente de mala salud esperado, que iría desde los niños de origen desconocido a los legítimos con los ilegítimos en una posición intermedia.

Vemos claramente que pese a la insistencia en el envío de todos los niños a lactar en los pueblos, existía un tratamiento diferencial. Por un lado, se comprueba la influencia de factores coyunturales adicionales a la edad y el periodo (como la estación y la aparición de una ideología de género en el periodo 1900-1912) además de una preferencia clara en la selección activa de los niños que debían ser enviados a lactar. Esta selección se realizaba por origen y legitimidad que, teóricamente debían haber permanecido secretos, pero que debían ser ampliamente conocidos entre los responsables de la institución.

6.3.2.2. Las amas externas

A. Responsables o víctimas de abusos

Pese a la insistencia en la importancia de la lactancia externa, los médicos de las inclusas mantuvieron una actitud dual hacia el papel de las nodrizas externas en el sistema de gestión de expósitos. Junto a la enfática recomendación de la lactancia externa, se abominaba de las prácticas que llevaban a cabo en el entorno rural, que las hacían responsables de la elevadísima mortalidad expósita. El dr. González en 1895 resumía así las consecuencias de la lactancia rural:

Entregado a nodrizas del campo sin instrucción alguna las más veces, y sin la solicitud siempre vigilante del santo amor materno, ya pasa desapercibido el principio de sus enfermedades, que quizá pudieron y debieron evitarse, o ya por espíritu criminal de codicia, exhaustos los pechos, en vez de devolverlo a la Inclusa le alimenta con lo que a la mano tiene, leche, papillas o sopas, cuando sus órganos digestivos aún no pueden digerir más que la leche del pecho; y la atrepsia, cuando no la enterocolitis, termina su desventurada existencia⁷⁵⁵.

He logrado reducir la mortalidad en la casa hasta no pasar en los últimos seis años de 10,6 y llegar a la mínima de 7 por 100; que a tanto alcanza la higiene, aun deficientísima con los actuales elementos. La mínima es los criados fuera, ha sido de 48 por 100. Esta enorme diferencia pide a gritos medidas de protección⁷⁵⁶.

Numerosos autores describían todo tipo de prácticas perjudiciales para las vidas de los niños. En 1868, Concepción Arenal había puesto de manifiesto el problema de la nodriza mercenaria al hablar de que ellas como “mugeres mal alimentadas, que muchas veces siguen criando a sus hijos y dan al expósito el alimento necesario para que arrastre lánguidamente una vida que no tarda en extinguirse”⁷⁵⁷. En 1883 un artículo por Ortega Munilla en la revista *La Madre y el niño* se titulaba “La nodriza-Ogro” y repasaba distintos abusos a los que sometían las desalmadas mujeres a sus protegidos: nodrizas que traspasaban a los niños porque habían conseguido su tutela sin tener leche para alimentarlos; ocultamiento de muertes para seguir cobrando los honorarios; utilización de los niños (prestados o alquilados) para mendigar, la sucesiva custodia de

⁷⁵⁵ GONZÁLEZ ALVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, pág.36.

⁷⁵⁶ Ibid., pág.35

⁷⁵⁷ ARENAL, C.: *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Imprenta del Colegio de Sordomudos y Ciegos, Madrid, 1861, pág.37.

niños que acababan en una pronta defunción, etc.⁷⁵⁸ En 1890 Tolosa comentaba, además, en el mismo sentido, sobre la alimentación que recibían:

Los cuadros son los mismos siempre: seres raquíticos, hambrientos, abandonados, a quienes se atasca con indigestas papillas; nodrizas que no debiendo criar por exigencias naturales de la vida, que se respetan siempre, dan a los pobrecitos un líquido sin condiciones de ninguna especie, que el vulgo con una gráfica palabra denomina veneno⁷⁵⁹.

Gran parte de este discurso condenatorio se mantuvo durante el siglo XX, como parte de la defensa de la lactancia materna. Así, las nodrizas externas parecían ser prácticamente las responsables de la mortalidad expósita.

Desde el principio también había una cierta disculpa a algunas de estas actividades, justificadas en la miseria de la que partían, lo exiguo del salario y los abusos a los que ellas mismas se veían sometidas. Así, algunos médicos explicaban que

...la miseria lleva al maltrato o indiferencia pero cuando el hambre endurece el corazón, viendo padecer de escasez a los propios hijos ¡qué madres, no siendo una heroína de la Caridad, cuida al hijo pegadizo y mercenario⁷⁶⁰.

En la Inclusa de Madrid, particularmente, al hilo de la denuncia pública del impago de las nodrizas externas en 1899 y la correspondiente polémica, se produjo una cierta rehabilitación de su imagen ya que las penosas características de su empleo y los abusos a los que eran sometidas salieron a la luz y parecieron adquirir más peso que los propios abusos de los que se las responsabilizaba. La realidad es que el empleo como nodriza externa era una ocupación que sólo podía atraer a las mujeres más pobres y que, además, perpetuaba su situación al ofrecerles un salario muy escaso del que, además, no recibían su totalidad.

Como en otros lugares, en Madrid la selección de las nodrizas externas apenas existía por la escasa oferta, igual que ocurría con las internas (pese a la repetida reclamación de la contratación de las nodrizas más sanas y robustas). Los únicos requisitos prácticos era que estuvieran casadas y que portaran un certificado de su localidad con su nombre y apellidos y los de su marido, señas de habitación y cédula personal, informando de su idoneidad como nodriza (firmado por el alcalde de barrio o celador para las de Madrid o por el juez municipal del pueblo para las de fuera)⁷⁶¹.

Cada mañana al las 10, los facultativos de la Inclusa las recibían e iniciaban el proceso de selección. Para evitar fraudes, no se les permitía elegir a los niños, a diferencia de lo que ocurría en otras partes,⁷⁶² así que tenían que llevarse los que les asignaba la Inclusa (que, generalmente, debían ser los más sanos). Para poder cobrar alguna remuneración, debían conservarlos al menos 10-15 días antes de devolverlos, excepto en caso de enfermedad o muerte. En esos casos, casi siempre eran devueltos a la institución: para evitarse los gastos y molestias a la vez que evitar las sospechas de malos cuidados. Si el niño moría en el campo, sólo se requería que se enviara el

⁷⁵⁸ ORTEGA MUNILLA, J., "La nodriza-ogro", *La madre y el niño*, Septiembre de 1883, págs.140-141.

⁷⁵⁹ TOLOSA LATOUR, M., "La Herodiada. Apuntes para un pequeño poema", *El Imparcial*, 11 de julio de 1890, págs.1-2.

⁷⁶⁰ ORTEGA MUNILLA, "La nodriza-ogro", págs.140-141.

⁷⁶¹ Artículos 54 y 55 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷⁶² Kertzer destaca para el caso de Bolonia el efecto selectivo de las nodrizas, eligiendo a los niños más sanos. Para el caso de Madrid todo parecía en contra de esa posibilidad pero sí que se debían producir rechazos de niños por parte de nodrizas por estar enfermos. KERTZER y WHITE: "Cheating the angel-makers: surviving infant abandonment in nineteenth century Italy", pág.460.

pergamino y el certificado de defunción desde el pueblo para dar fe de la defunción, aunque la muerte quedaba inscrita en el registro civil del lugar en el que había ocurrido)⁷⁶³.

La lactancia duraba 15 meses, tras los cuales comenzaba el periodo de media lactancia (denominada así aunque ya no implicaba lactancia, sino otro tipo de alimentación) que era de 7 años para los niños y 9 para las niñas (posteriormente reducido a 5 y 7, respectivamente). El salario de lactancia a finales del XIX era de 15 pesetas al mes para las nodrizas que vivían en pueblos y de 17 para las que vivían en Madrid. El salario de media lactancia era 7 pesetas para ambas⁷⁶⁴.

El cobro debía hacerse cada 3 meses, y para formalizarlo, la nodriza tenía que presentar en la Inclusa el pergamino que se le entregaba con el niño (en el que se había anotado el libro, parte y folio del expósito, junto con el nombre de éste, del ama y de las fechas de entrada a la Inclusa y salida a lactar), junto con una fe de vida expedida firmada, sellada y sin enmienda del Juez municipal respectivo. Generalmente el cobro se hacía a través de agentes para evitar los viajes a la ciudad.

En 1899 se pusieron a la luz los dos problemas de pago fundamentales que ayudaban a explicar los “abusos de las nodrizas”. Por un lado, la forma de recibir el pago no era directa de la institución. Los agentes de cobro habían establecido un sistema por el que las amas les entregaban los pergaminos de la Diputación y eran ellos los encargados de cobrarlos. Según Hauser en 1902 este sistema hacía que las amas externas estuvieran “explotadas por personas poco escrupulosas que les sirven de intermediarios”, es decir, los agentes se encargaban de realizar el cobro y adelantar a las nodrizas el dinero en especie, obteniendo una importante comisión y reduciendo aun más el salario disponible para ellas⁷⁶⁵. Por otro lado, durante todo el siglo XIX, fue común el retraso en el pago de las mensualidades que llegó a alcanzar 14 meses en 1899. Así, las nodrizas estaban doblemente explotadas.

Pese a los sucesivos incrementos del salario de las nodrizas externas, la dotación no llegaba a modificar el perfil de las mujeres que accedían a ese trabajo⁷⁶⁶ y gran parte de los comentarios coetáneos insistían en destacar esa miseria que las llevaba a la Inclusa como responsable del resto de males que podían atraer. En 1923 todavía Bravo y Alonso comentaban sobre las nodrizas que venían a la Inclusa de Madrid que se trataba de

...labriegas de países miserables, donde no tienen más ingreso que el escaso trigo o centeno y las patatas precisas para el sustento del año (...) en los pueblos los crían a su modo, con papillas, sopas, patatas y pan.⁷⁶⁷

⁷⁶³ Artículo 57 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷⁶⁴ Artículo 55 de los *Reglamentos de la Inclusa de Madrid*, de 1880.

⁷⁶⁵ En Madrid no encontramos la figura de las conductoras que se ha descrito en otros lugares (mujeres que se encargaban de sacar niños de la Inclusa a petición de mujeres residentes en el entorno rural y distribuirlos a cambio de una comisión), como Barcelona, ya que las mujeres que querían emplearse como nodrizas externas de la Inclusa debían acudir personalmente a la institución. RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.461-462.

⁷⁶⁶ El salario fue aumentado en 1918: amas externas en lactancia 25, amas externas en destete 10. (*El Globo*, 11 de julio de 1918, pág.2). Y en 1928 se les subió a 35 y 20 pesetas, respectivamente. (*La Voz*, 26 de junio de 1928, pág.8).

⁷⁶⁷ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, pág.36.

Se observó una cierta variación en el discurso producido por el traslado del énfasis de nodriza-ogro (y en cierto modo, conscientemente perversa en su acción) en nodriza-ignorante, que podía ser rehabilitada a partir de la educación, la enseñanza a través de cuadernillos higiénicos⁷⁶⁸ y la vigilancia.

Esta consideración condenatoria de la nodriza y su relación estrecha con la elevada mortalidad infantil ha pervivido en la historiografía contemporánea e incluso en los primeros trabajos sobre expósitos hasta la contribución de Bardet et al, que fueron los principales responsables de la rehabilitación de su figura. Se consideró que las condiciones de la Inclusa, el abandono y el tratamiento antes del envío a lactar empezaron a cobrar una mayor importancia en la explicación de la mortalidad infantil⁷⁶⁹. Parte de la historiografía contemporánea aún mantiene esta interpretación tradicional en la medida en que acepta sin críticas el discurso médico histórico en la responsabilidad del maltrato o abuso de las nodrizas como responsable de la elevada mortalidad infantil de los expósitos en lactancia rural. No sólo Álvarez González hacía declaraciones como las que hemos recogido al principio de este epígrafe explicando que la mortalidad en pueblos era mucho más elevada y, en consecuencia, causada por el tratamiento en pueblos⁷⁷⁰.

En este sentido, es preciso comentar dos aspectos que apoyan y justifican nuestra postura: las descripciones de la buena gestión de las nodrizas y el sesgo de las estadísticas ofrecidas. Entre las primeras, la prensa y los contemporáneos preferían concentrarse en las historias de abuso pero algunas de las “historias felices” también se hicieron públicas y ofrecen visiones favorables de las nodrizas: aquellas que los trataban como sus hijos, que los cuidaban y posteriormente prohijaban⁷⁷¹.

En cuanto al segundo aspecto, es preciso destacar que las estimaciones que hacían los facultativos y que, en ocasiones, todavía realizan algunos historiadores están cargadas de un sesgo que debía ser conocido por los médicos pero que, en ese momento, debía tener un uso ideológico: el tiempo que permanecían los niños en la institución. Si, como sugieren las propias declaraciones de los médicos (incluso del propio González Álvarez) se trataba de minimizar el tiempo de estancia de los niños en la institución, las cifras de muertos dentro y fuera son simplemente no comparables.

Pese a que la mortalidad infantil sea más elevada al principio de la vida, concentrándose en la primera semana y, en el primer mes en general, las probabilidades totales de morir desde el mes 2 al 12 son muchísimo más elevadas que durante el primer mes (al menos el doble hacia 1900 en España)⁷⁷². Por tanto, si la estimación de mortalidad interior sólo recoge las defunciones ocurridas en el primer mes de vida, la

⁷⁶⁸ Ibid.,

⁷⁶⁹ BARDET, J.-P., DUFOUR, C., y RENDARD, J.: “The Death of Foundlings: A Tragedy in Two Acts” en BIDEAU, A., DESJARDINS, B. y PÉREZ BRIGNOLI, H. (Ed.), *Infant and Child Mortality in the Past*, Clarendon Press, Oxford, 1997, págs.245-261.

⁷⁷⁰ El mismo tipo de discurso se puede en Navarra, Barcelona, etc.

⁷⁷¹ ESPINA PÉREZ: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, pág.380.

⁷⁷² A nivel nacional, esto se puede ver claramente en las estimaciones de REHER, PÉREZ MOREDA, y BERNABEU MAESTRE: “Assessing change in historical context. Childhood mortality patterns in Spain during the demographic transition”, pág.45; para el área rural de Madrid en SANZ GIMENO: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, pág.62-63 y 78.

mortalidad tiene que ser necesariamente inferior, pese a que el tratamiento interior fuera muy deficiente, a la ocurrida durante el resto del año. Si, además, se enviaba a lactar a los niños durante la primera quincena de vida como ocurría en ese periodo, el sesgo es todavía mayor y no tiene que ver necesariamente con el tratamiento recibido en ninguno de los dos lugares.

Algunos autores reconocen explícitamente la relación entre la velocidad o eficacia en el envío a lactar y el descenso de la mortalidad global, que implica la mejora de la experiencia expósita en la lactancia externa. El problema radica en la reproducción acrítica de las estadísticas médicas y el cálculo de porcentajes de muertos dentro o fuera, que parece respaldar la interpretación médica y no ofrecer la crítica debida a esa manera sesgada de concebir el paso por la institución. Esta situación supone un problema todavía más grande en el contexto del incremento del tiempo de espera hasta el envío a lactar, que alteró necesariamente estas tasas y que no es adecuadamente reconocido en una planteamiento que sólo reconozca al compleja relación entre lactancia y mortalidad en la irrelevante dicotomía muertos dentro/muertos fuera.

B. La distribución geográfica de los expósitos en lactancia externa

Como ya hemos comentado con anterioridad, dada la carencia de los datos más ricos para un estudio detallado de las nodrizas (sus profesiones y las de sus maridos, etc.), hemos recurrido sólo a la información contenida en los Libros de Entradas y Salidas, concentrándonos exclusivamente en el lugar en el que vivían, para ayudarnos a vislumbrar algunos aspectos de los circuitos rurales de cuidado de expósitos y su relación con la Inclusa. Para nuestro análisis, hemos utilizado la información de la primera lactancia (ya que probablemente la distribución de las nodrizas que acogían niños en su segunda o tercera lactancia tenían la misma distribución espacial que aquellas que lo hacían en la primera). Esto nos sirve para estudiar los sitios donde el cuidado de un expósito era un hecho más común.

Hernández Briz en 1914 hablaba de las bondades del clima de la sierra de Guadalajara para los expósitos cuando describía que:

...millares de niños procedentes de la Inclusa de Madrid se crían en todos los pueblos de la sierra, viven sanos y robustos: son en los que hay menos mortalidad, comparados con los que se crían en otros pueblos.⁷⁷³

De esta opinión con respecto a los beneficiosos efectos del ámbito rural, preferentemente serrano (y con menor mortalidad) eran los directores de la mayor parte de las Inclusas. En la realidad, su capacidad de influir en el lugar en el que iban a vivir los expósitos era relativamente limitada y tenían que dejarlos ir allá donde fueran requeridos por las nodrizas: las zonas más pobres.

A diferencia de otras inclusas nacionales, el radio de atracción de la Inclusa de Madrid era muy amplio, como hemos representado en el Mapa 6.1. Existen unos casos anecdóticos de mujeres residiendo en provincias tan alejadas como Sevilla o Málaga en

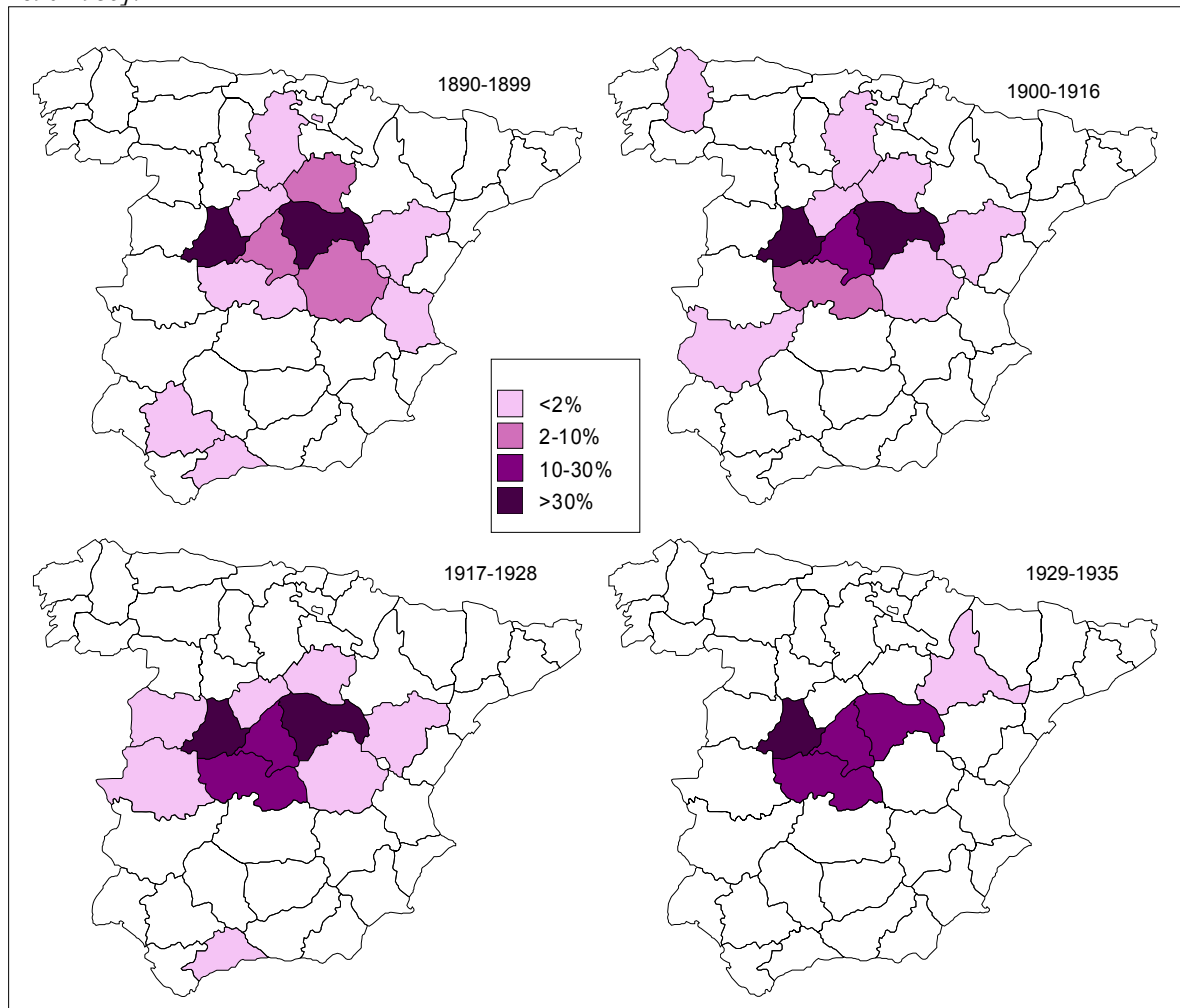
⁷⁷³ “Un libro notable. El clima de Guadalajara”, *La Correspondencia de España*, 24 de febrero de 1914, pág.4.

1890-1899 ó Lugo y Cáceres en 1900-1916, además de algunas no tan lejanas, como Soria, Burgos, Teruel o Valencia.

La tendencia encontrada en otras incluso de la relación inversamente proporcional entre la distancia recorrida y la frecuencia de mujeres de esas áreas se encuentra pero de una forma laxa⁷⁷⁴. En general, el caso de las nodrizas se puede asimilar al de la emigración al existir un coste de desplazamiento que debía compensar el salario obtenido por el expósito. Por ello, no se encontraba un número importante de mujeres más allá de un límite de los 100-120 kms. No obstante, podemos describir dos características específicas de Madrid. Por un lado, a diferencia de lo que ocurría en Barcelona, Madrid capital no estaba realmente integrada en los lugares de atracción de nodrizas externas, ya que el porcentaje de mujeres residiendo en la ciudad de entre aquellas que reportaban vivir en la provincia varió entre el 1 y el 5%.

Mapa 6.1. Distribución de provincias en las que residieron expósitos con nodrizas externas (en la primera lactancia externa), 1890-1935.

[Map 6.1. Province of residence of foundlings being cared for external wet nurses (first placement), 1890-1935].



Fuente: ARCM. Elaboración propia. [Source: ARCM. Own elaboration].

⁷⁷⁴ MONTIEL PASTOR, J.: “La Casa Provincial de Maternidad y Expósitos de Barcelona (1853-1925). Las nodrizas externas como elemento clave del sistema asistencial, su evolución y problemática”, comunicación presentada en el *VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica (ADEH)*, Maó (Menorca), 30 de mayo y 1 y 2 de junio, 2003, pág.9.

Por otro lado, no se observa la dispersión paulatina de la procedencia de las nodrizas propia de otras incluidas nacionales con el paso del tiempo. Mientras para lugares como Navarra, Pontevedra, Barcelona⁷⁷⁵ y otros lugares⁷⁷⁶ se diversificó la procedencia de las nodrizas, para Madrid se observa el fenómeno contrario. Se documenta una paulatina concentración de las áreas de atracción desde 1890 a 1935: si en 1890-1899 había 12 provincias distintas que enviaban mujeres a recoger expósitos a la ciudad para el final del periodo se había reducido a 5, que eran las que fundamentalmente habían estado en las primeras posiciones a lo largo de todo el periodo. Esas provincias eran aquellas adyacentes a la provincia de Madrid y la propia provincia de Madrid. Ávila y Guadalajara (y sólo en el último periodo Toledo) fueron las provincias que prioritariamente enviaban mujeres a la Inclusa a conseguir un expósito para criar.

En cuanto a la distribución dentro de las provincias, la red de nodrizas que acudía a la Inclusa de Madrid no es única en la tendencia a la concentración de expósitos en determinados municipios y determinadas partes de la provincia. Como en otros lugares, la cercanía del transporte (fundamentalmente el tren) así como la extensión del conocimiento del recurso a la Inclusa entre vecinas fueron dos de los factores que se han utilizado para explicar este fenómeno. Los polos fundamentales estaban a una distancia de cerca de 100 kms. En el mapa 6.2 hemos representado el número absoluto de mujeres residiendo en cada uno de los municipios de las cuatro provincias que reúnen el mayor número de nodrizas externas (Ávila, Guadalajara, Toledo y Madrid).

Como se puede observar claramente existe un patrón de concentración distinto en función de la provincia. En la provincia con mayor frecuencia, Ávila, los pueblos con números superiores a 75 en total a lo largo de los 45 años de nuestro estudio estaban completamente agrupados en el extremo sur de la provincia, muy próximos al límite con Madrid. Los dos lugares que destacaron por la cantidad de expósitos recibidos fueron Navatalgordo y San Juan del Molinillo, con 1802 y 1656 niños enviados en primera lactancia a lo largo de todo el periodo, lo que supone una media de al menos 3 expósitos enviados mensualmente a cualquiera de esos pueblos a lo largo de 45 años.

En Guadalajara la imagen es bastante distinta: entre aquellos lugares con más de 75 expósitos en todo el periodo, se pueden localizar dos áreas de concentración. La primera área se encuentra al noroeste de la provincia, también cerca de la frontera con Madrid (aunque no tan próximos como en Ávila) e implica a pueblos con relativamente bajas frecuencia: la Huerce, Zarzuela de Jadraque, Semillas, etc. No obstante, la siguiente área, está localizada al sur de la provincia, próxima a la división provincial y a una pequeña agrupación de nodrizas en la provincia de Madrid. Algunos de los pueblos más importantes de esa zona son Mondéjar, Pastrana o Valdeconcha.

⁷⁷⁵ URIBE-ETXEBARRIA FLORES: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, págs.217-218; y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.470.

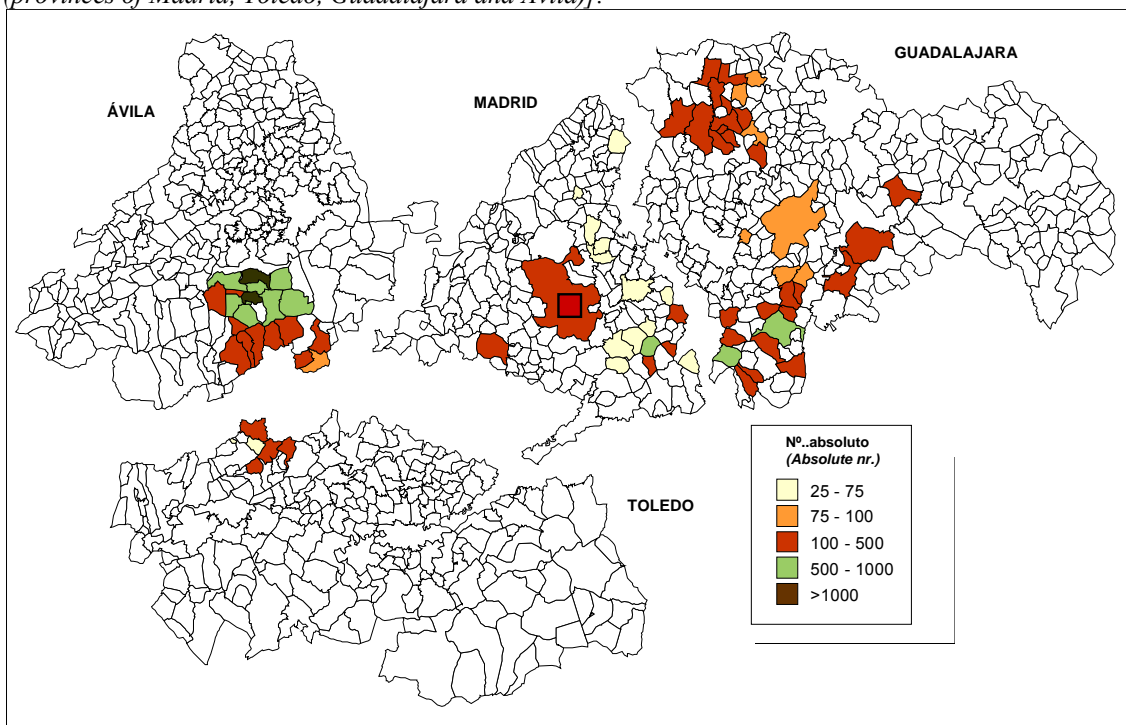
⁷⁷⁶ BIDEAU, A. y BRUNET, G.: "La mortalité des enfants trouvés dans le département de l'Ain aux XVII et XIX siècles", *Enfance abandonnée et société en Europe, XIV-XXe siècle*, École Française de Roma, Roma, 1991, págs.236 y 229-230.

En Toledo, la provincia aledaña a Madrid de menor frecuencia, el nivel de concentración es el máximo descrito: Hinojosa de San Vicente, El Real de San Vicente y Pelahustán y un par de ellos más, pueblos vecinos entre sí, y en frontera directa con la agrupación de pueblos de Ávila forman un grupo compacto que suponía casi la totalidad de las nodrizas residentes en Toledo.

Finalmente, en la provincia de Madrid, la capital ocupa un espacio mínimo en la distribución de las nodrizas y se observa una cierta concentración mayor en los pueblos limítrofes (Tetuán de las Victorias, Chamartín de las Victorias, Vallecas y Puente de Vallecas); una segunda concentración en importancia alrededor de Valdilecha, el pueblos con la máxima de la provincia, que forma una agrupación próxima al grupo de pueblos del sur de Guadalajara; y un tercer pequeño grupo que conecta con los pueblos del norte de Guadalajara, fundamentalmente Puebla de la Sierra (que en la época se conocía como Puebla de la Mujer Muerta).

Mapa 6.2. Distribución de los municipios de residencia de las nodrizas externas recogiendo expósitos de la Inclusa (provincias de Madrid, Toledo, Guadalajara y Ávila).

[Map 6.2. Distribution of municipalities of residence for external wet nurses breastfeeding foundlings (provinces of Madrid, Toledo, Guadalajara and Ávila)].



Nota: sólo incluidos los pueblos con una frecuencia mayor de 75 para Ávila y Guadalajara y mayor de 25 para Madrid y Toledo. Se han representado dentro del municipio al que proceden aquellos pueblos que no son capital del área territorial en la que están incluidos. En el caso de Madrid, los pueblos de Tetuán de las Victorias, Chamartín de las Victorias, Vallecas y Puente de Vallecas (cada uno tiene una frecuencia de alrededor de 50) se han representado conjuntamente en el espacio actual del municipio y la frecuencia de la ciudad en el recuadro. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: we have included villages with frequencies higher than 75 for Avila and Guadalajara and higher than 25 for Madrid and Toledos. Villages which are not the administrative capital of the area to which they belong have been represented in those municipalities. In the case of Madrid, villages of Tetuán de las Victorias, Chamartin de las Victorias, Vallecas and Puente de Vallecas (each with a frequency around 50) have been represented jointly inside the are of the current municipality of Madrid while the information of the city has been represented in the box. Source: ARCM. Own elaboration].

La distribución en importancia de estos lugares de atracción mantuvo unas ciertas líneas de continuidad en el tiempo pero la aparición de algunos pueblos se produjo de forma más tardía, explicando parte de las diferencias (se adjunta en el anexo

la tabla D.6 donde se recogen los 20 pueblos con mayores frecuencias de mujeres llevándose a un expósito de la Inclusa en los cuatro periodos).

Por ejemplo, las mujeres de la provincia de Toledo no se incorporaron al recurso como nodrizas externas a la Inclusa hasta después de 1917, lo que explica en parte el reducido papel que adquieren en el conjunto del periodo. Dada su cercanía a los límites con los pueblos de Ávila más intensamente implicados en ese proceso, parece probable que la iniciativa viniera de la experiencia de la provincia vecina.

El peso relativo de Ávila, Guadalajara y Madrid se mantuvo bastante estable. En el primer periodo los pueblos de Ávila ocupaban 9 de los 10 primeros puestos y, por tanto, la gran mayoría de las nodrizas pero en las décadas siguientes su peso se fue reduciendo con el incremento del peso de los pueblos de Guadalajara y, sobre todo, su aparición también entre los diez primeros.

6.3.2.3 Después de la primera lactancia

A un primer envío a lactar con una nodriza podían seguirle cambios de nodriza en los propios pueblos y devoluciones a la institución pero el niño seguía bajo la jurisdicción de la institución, por lo que, en realidad estaba sometido a las mismas posibilidades que le habían esperado con anterioridad: defunción, recuperación, prohijamiento y paso al hospicio. Como en las ocasiones anteriores. En el gráfico 6.11 hemos tratado de sintetizar estas posibilidades gráficamente, subrayando que el mantenimiento de los niños en las áreas rurales no era sino una de las posibilidades que podían esperarles.

En muchas ocasiones, las mujeres sólo querían mantener a los niños durante un tiempo corto para obtener el pago de la lactancia completa (los primeros 15 meses), tras los cuales decidían devolver a los niños a la Inclusa y, quizá, sacar otro lactante. Otra posibilidad era que la propia Inclusa reclamara al niño, lo que podía ocurrir por varias razones: la reclamación materna, el conocimiento de un abuso que se estaba realizando o la llegada de la edad a la que los niños debían ser transferidos al Hospicio. Aunque, aparentemente las nodrizas debían obedecer esta reclamación, existían casos en los que, quizá por encariñamiento o por el interés en el mantenimiento del empleo se negaban a hacerlo y, en algunas ocasiones, la persistencia en la negativa les permitió quedarse con el niño⁷⁷⁷.

La devolución por causas de salud era bastante común y ha sido referida por varios autores, fundamentalmente producida por las propias nodrizas a consecuencia de la mala alimentación ofrecida. González Álvarez decía en 1895:

...son frecuentísimas las defunciones por defecto en el régimen y muchos los niños devueltos a la Inclusa en el último periodo de la atrepsia o aniquilamiento orgánico, por aquellas nodrizas sin conciencia...⁷⁷⁸

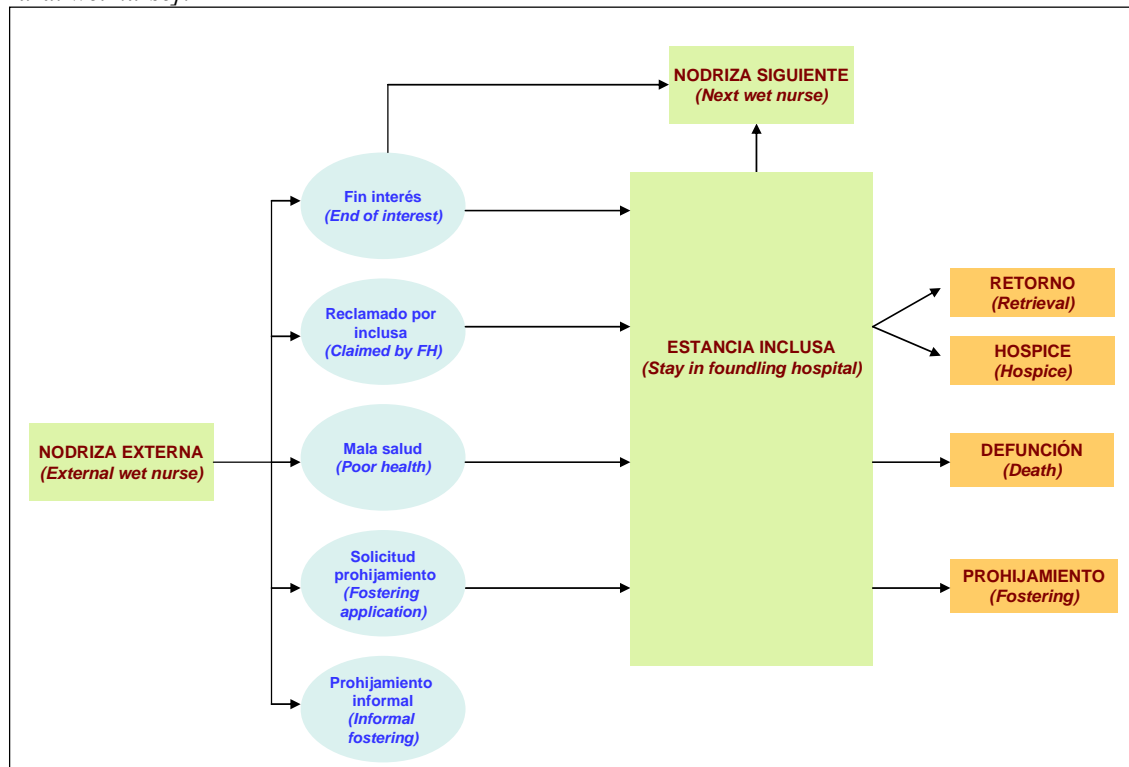
⁷⁷⁷ Comunicación personal sobre un caso de 1932 de un descendiente de un expósito en el Archivo Regional de Madrid.

⁷⁷⁸ GONZÁLEZ ÁLVAREZ: *Anatomía y Fisiología especiales del niño de su alimentación y crecimiento y preliminares de clínica pediátrica*, pág.192.

Otros niños podían cambiar de situación legal en su residencia con la nodriza interna sin necesidad de pasar por la institución: eran los casos en los que las nodrizas solicitaban el prohijamiento de los expósitos que cuidaban y que, a partir de ese momento, se consideraban fuera de la tutela legal de la Inclusa. No obstante, como no se trataba de una adopción, no obtenían la patria potestad y podían ser reclamados de vuelta por sus padres.

Gráfico 6.11. Posibles trayectorias de los expósitos una vez enviados a lactar al campo.

[Graph 6.11. Possible trajectories of foundlings after they have been placed in the countryside with a rural wet nurse].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

Finalmente, este tránsito, podía hacerse de facto, sin implicar trámites legales a través del simple mantenimiento del expósito en la residencia de la nodriza rural más allá del momento en el que tendrían que haberlos devuelto. La capacidad ejecutora de la Inclusa para recuperar sus expósitos era tan limitada que, en general, no parecían dedicar un esfuerzo especial a tratar de recuperar expósitos si seguían recibiendo la fe de vida. Este documento, la fe de vida, era firmado por párrocos y médicos locales que aseguraban que el expósito seguía vivo y permitía que se siguieran realizando los pagos a las nodrizas.

Además de esas posibilidades, que implicaban un nuevo movimiento, también era posible que la devolución de la nodriza fuera continuada por el mantenimiento del expósito dentro de las instalaciones de la propia institución, sobre todo si ya había sido destetado. El expósito pasaba así al departamento de los destetados (que desde 1906 estaba en el Asilo de San José) y estaba al cargo de las Hermanas de la Caridad y las niñas del Colegio de la Paz que eran instruidas para ayudar en las tareas de cuidado y crianza de los expósitos más pequeños. Allí, sus expectativas vitales permanecían las mismas: muerte, recuperación, prohijamiento o paso al hospicio.

Pese a la existencia de todas estas posibilidades, no obstante, sólo entre un 15 y un 30% de aquellos que fueron enviados a lactar en primer lugar experimentaron la lactancia en un segundo pueblo, ya que muchos permanecieron con la primera nodriza o, si cambiaron, fueron traspasados a una vecina del pueblo.

Tabla 6.2. Número de nodrizas en distintos pueblos con las que vivía un expósito en los diferentes periodos.

[Table 6.2. Number of wet nurses in different villages with whom a foundling lived for the different periods].

Número de nodrizas en diferentes pueblos (Number of wet nurses in different villages)						
	1	2	3	4	5	Total
1890-1899	87,25%	11,39%	1,18%	0,14%	0,03%	100%
1900-1916	85,91%	12,57%	1,35%	0,12%	0,04%	100%
1917-1928	76,36%	18,58%	4,18%	0,79%	0,08%	100%
1929-1935	72,60%	22,43%	4,20%	0,74%	0,02%	100%
Total	82,57%	14,80%	2,25%	0,34%	0,04%	100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

En la tabla 6.2 hemos calculado el número de pueblos distintos en los que estuvieron los expósitos y, como se puede observar, la mayor parte de ellos sólo estuvieron en un pueblo. No obstante, se puede apreciar que con el paso del tiempo la tendencia a la devolución del expósito y a la nueva salida se incrementó y en el último periodo ya más del 20% de los niños habían sido enviados al menos a dos nodrizas/pueblos. Los casos de 4 ó 5 nodrizas son marginales, con frecuencias absolutas de alrededor de 4 (para las 5 nodrizas) y unas 20-30 (para las 4 nodrizas).

La falta de información sobre las características específicas de las nodrizas o sobre los cambios de nodrizas dentro del mismo pueblo no nos permite profundizar en este estudio en la medida que nos gustaría. No obstante, creemos que hemos trazado una panorámica suficientemente amplia de la importancia de la ideología en el envío a lactar, las diferentes formas de lactancia interna y el reto y problemáticas de la lactancia externa.

RESUMEN CAPÍTULO 6

La segunda parte de la tesis ha abordado el estudio de las trayectorias vitales de los expósitos introduciendo el análisis longitudinal (siguiendo los trabajos de Kertzer y White y, posteriormente de Levene). Esta perspectiva pretende abordar la experiencia expósita, superando el estatismo (y el sesgo implicado en él) que los cálculos porcentuales generalmente utilizados implican. Particularmente en este capítulo hemos justificado la necesidad de este tipo de análisis y la primera de las experiencias que afectaba a la población asilada: la lactancia.

En la sección 6.1 hemos descrito los problemas de la orientación tradicional de estudiar las trayectorias de los expósitos y las ventajas que aporta su análisis desde el punto de vista longitudinal. Entre los primeros, hemos descrito el problema de la linealidad implícita en la conceptualización del resultado final de las trayectorias de los expósitos institucionalizados como destinos; la falta de consideración apropiada de las lactancias externas; y la interferencia de la ocurrencia de unos eventos en la experiencia de otros (gráfico 6.2), que dificulta la comprensión de las tendencias. Las ventajas de nuestra implementación del análisis longitudinal son: la consideración de las vidas de los expósitos con la dimensión temporal que tenían; la aplicación de test estadísticos para establecer si las diferencias observadas responden a variaciones de comportamiento; y la superación de la tendencia a considerar la población asilada como un todo homogéneo, destacando las posibles diferencias en la ocurrencia de unos u otros eventos en función del origen del niño, la edad a la entrada y el periodo de admisión.

En la sección 6.2 nos hemos concentrado en analizar la primera experiencia que aguardaba a los expósitos tras su institucionalización y que tenía un efecto determinante en sus probabilidades posteriores: la lactancia recibida, tanto en el interior como en su envío a lactar a pueblos. Tras el abandono, se trataba de que la mayor parte de los niños admitidos fueran lactados por las nodrizas que residían dentro de la propia Inclusa. No obstante, la escasez de nodrizas internas y la admisión de niños muy enfermos hacían que no todos recibieran ese tratamiento. Así, su alimentación se realizaba mediante biberones de leche animal o fórmula artificial. Este tratamiento inicial determinaba su salud que, a su vez, determinaba el tratamiento posterior, iniciando una cadena causal acumulada. Sólo los niños lactados con una nodriza interna tenían una salud suficiente para ser enviados a lactar al campo con una nodriza externa. Este hecho, a su vez, incrementaba sus probabilidades de supervivencia, ya que los alejaba de la deficiente alimentación y el ambiente patológico de la Inclusa (gráfico 6.3).

Sin embargo, la lactancia por nodrizas dentro de la Inclusa no permitía a los niños criarse con una salud demasiado robusta ya que en ocasiones las nodrizas tenían que lactar hasta tres niños. Aunque muchos expósitos eran admitidos con pesos correctos para su edad, generalmente salían a ser lactados al exterior con un peso inferior al correspondiente. Esta situación estaba provocada por la escasez de nodrizas internas ya que se trataba de un empleo poco atractivo: el salario era muy escaso comparado con el empleo en una casa y un régimen interno completamente reglamentado, sin apenas libertad de movimiento. Así, las nodrizas eran pocas y, adicionalmente, no muy robustas ya que sólo acudían las que no habían encontrado otra situación. Para solucionar esta situación, los médicos sugirieron ya desde finales del siglo XIX que se obligara a las madres a permanecer en la Inclusa como nodrizas internas después de haber tenido el parto en la Casa de Maternidad. Hasta 1927 no se

llevó a cabo la Real Orden que lo reglamentó. Durante el siglo XIX las madres que entraban como nodrizas no podían lactar a sus propios hijos pero durante las primeras décadas del siglo XX se fomentó lo contrario para desincentivar el abandono.

Aquellos que no podían ser alimentados por nodrizas pasaban al departamento del Biberón, que hasta casi 1923 implicaba la muerte segura (casi el 100% en 1918). Se utilizaron distintos tipos de leche a lo largo del tiempo: animal de burras, vacas, pasteurizada, maternizada, biberones de fórmula, etc. La falta de higiene en su preparación y administración fue responsable de la muerte de miles de expósitos durante una gran parte de nuestro periodo. Esta situación no fue exclusiva de la Inclusa de Madrid sino que fue común a otras instituciones nacionales (tabla 6.1).

El tiempo que los niños esperaban siendo lactados en la institución antes de ser enviados al campo varió sensiblemente con el tiempo. Inicialmente se consideraba adecuado enviarlos lo antes posible (en los primeros 3 ó 4 días). Sin embargo, durante la mayor parte del siglo XX se retrasó el calendario para los menores de un mes (la probabilidad acumulada de ser enviado a la lactar del 50% sólo se alcanzaba hacia el día 40). Las causas de este retraso tuvieron que ver con la salud infantil y su vigilancia en la institución. Se mantuvo una cierta rapidez en el envío de los que tenían edades entre un mes y un año y la incidencia del envío de los mayores de un año decreció sensiblemente (gráfico 6.4-6.6). Eran cuidados en las propias instalaciones de la Inclusa (a partir de 1906 en el Asilo de San José). Además de las diferencias por edad, había otras diferencias en el envío a lactar. Había una preferencia significativa por el envío a lactar de los niños abandonados a través de Otros Orígenes, los no nacidos en verano, (por la menor disponibilidad estructural de nodrizas en esa estación) y los ilegítimos pero no había diferencias en función del sexo (gráficos 6.7-6.10).

Las amas externas, mujeres campesinas que llegaban a la Inclusa procedentes de pueblos de las provincias cercanas a Madrid, fueron el objeto de numerosas críticas sobre todo en el siglo XIX, dentro del rechazo de la lactancia mercenaria. En los comentarios contemporáneos, en ocasiones se hablaba de la “nodriza-ogro” que engañaba a la institución y sometía a los expósitos a todo tipo de tratamientos vejatorios. Con el paso del tiempo, se rehabilitó su imagen, apoyada por los médicos que pretendían educarla y orientarla para cuidar adecuadamente a los expósitos. No obstante, no hay que olvidar que las propias nodrizas externas fueron objeto de abusos por las instituciones (impagos, contagio de enfermedades a través de los expósitos, etc.) y que se trataba de mujeres provenientes de lugares de miseria absoluta que recurrían a la institución como una última oportunidad para complementar la economía familiar.

En la distribución de las nodrizas rurales vemos una aglutinación en las provincias adyacentes a la de Madrid (gráfico 6.11) y, si se observan detenidamente los pueblos específicos de los que provenían, se puede identificar claramente un par de núcleos en el oeste (entre el sur de la provincia de Ávila y el norte de la de Toledo) y en el este de Madrid (suroeste y noroeste de Guadalajara). Allí se concentraban la mayor parte de las nodrizas recogiendo niños, todos a una distancia cercana a los 100 Km. En los pueblos donde había una mayor intensidad del fenómeno, se recibieron una media de 3 expósitos mensuales en primera lactancia a lo largo de los 45 años de nuestro periodo: San Juan del Molinillo y Navatalgordo en Ávila (gráfico 6.12).

Aunque la mayor parte de los expósitos sólo vivieron con una nodriza (72-87%), tras ese primero envío a lactar, existían distintas opciones: una siguiente lactancia en el campo, así como los otros posibles resultados: defunción, prohijamiento, recuperación por padres, paso al hospicio, etc. (gráfico 6.11). Aunque sería muy interesante poder estudiar todas esas opciones, dada el limitado espacio y ámbito de esta tesis, en los tres siguientes capítulos se ha profundizado el análisis en los dos más importantes: recuperación y mortalidad, que eran las trayectorias que ocurrían mayoritariamente.

SUMMARY CHAPTER 6

The second part of the thesis has addressed the study of the vital trajectories of foundlings by introducing longitudinal analysis (following Kertzer and White's work and, later on, Levene's). This perspective intends to address foundling experiences overcoming the statist view (and its implied bias) brought about by the percentage calculations generally used by the literature studying this topic. In this chapter, we have specifically justified the need to use of this type of analysis and the first experiences that affected foundling population: breastfeeding.

In section 6.1 we have described the problems arising from the traditional approach to foundlings and the advantages of our approach using longitudinal analysis. Among the former, we have described the problem of the implicit linearity when considering the final outcome of foundling institutionalization as "destinies"; the lack of a true integration of placement in the countryside in the occurrence of mortality; and the interference of the occurrence of some outcomes in the occurrence of others (graph 6.2), which makes a proper understanding of the trends difficult. The advantages of our implementation of longitudinal analysis are: correct consideration of the time nature of foundling lives; statistical test performed to establish whether variations observed respond to behaviour differences or random processes; surpassing of the homogeneity of foundling population assumption, emphasizing the possible differences in the likelihood of experiencing an event depending on means and age at admission, and the specific period of abandonment.

In section 6.2 we have focused on the analysis of the first experience awaiting the foundlings when they were admitted and that determined their future expectations heavily: type of feeding received inside or outside the premises. After abandonment, the policy was to breastfeed as many children as possible with in-house wet nurses. However, the scarcity of wet nurses and the admission of sick children prevented all children from experiencing that treatment. Thus, their feeding was made with animal milk or, in time, with artificial baby formula. This initial treatment determined their health and, to some extent, future treatment, starting a cumulative causal chain. Only internal breastfeeding by a wet nurse allowed a good enough health to be placed with a wet nurse in the countryside. And this fact increased further their survival probabilities, as it removed them from the deficient feeding and pathological environment of the FHM (graph 6.3).

However, wet nurse breastfeeding inside the FHM did not allow a very robust health for children as wet nurses had to breastfeed two or three children. Although many foundlings were admitted with appropriate birth weight, they generally had lower than expected weights for their age when they were placed in the countryside. This situation was provoked by the lack of internal wet nurses as the position was not particularly attractive: wages were low when compared with the private market and the internal regimen was completely regulated, offering little liberty of movement. Thus, wet nurses were few in number and not very robust as a general rule, as the only ones who accepted working there were those who had found no employment elsewhere. In order to solve this problem, doctors started suggesting from the end of the 19th century that it was necessary to force mothers to become internal wet nurses after a delivery in the Maternity Hospital. The Royal Order was not published until 1927. During the 19th

century, mothers working as wet nurses could not breastfeed their own children but during the first decades of the 20th century the opposite was favoured to discourage abandonment.

As we have mentioned, those children who could not be breastfed were transferred to a Bottle-feeding Department (*Departamento del Biberón*) which, until 1923, implied almost invariably a certain death (virtually 100% in 1918). Different types of milk were used during that time, from mules or cows, pasteurized, maternized, baby formula, etc. Lack of hygiene in the preparation and administration was deemed responsible for the death of thousands of foundlings during a large part of our period. This situation was not exclusive of Madrid and other institutions reported similar data (table 6.1).

Waiting time to be placed in the countryside varied across time. Initially, it was considered appropriate to send them as soon as possible so they would spend little time inside the institution (3 to 4 days). However, during the major part of the 20th century, the calendar was delayed for children younger than one month (cumulative probability of placement did not reach 50% until day 40). Causes for this delay were related more to infant health watch inside the institution than with the concern over syphilis contagion from foundlings to wet nurses, as it occurred in other places. Certain speed was still maintained for those between 1 month and 1 year but speed placing children older than 1 year decreased sensibly (graphs 6.4 to 6.6). These children were cared for in the premises of the FHM (from 1906 in the Asilo de San José). On top of this age differences, there were other differences in placement. There was a significant preference for sending children abandoned through Other Origins, those not born in summer (because of the structural shortage in that season), and legitimate, showing no preference regarding sex (graphs 6.7 to 6.10).

External wet nurses, peasant women that came to the FHM from villages in the nearby provinces, were the subject of numerous criticisms, particularly during the 19th century, as part of rejection of mercenary breastfeeding. Contemporaries occasionally described “ogre wet nurses”, who cheated the institution and subjected foundlings to all kinds of degrading treatments. With the passing of time, their image was slightly rehabilitated, supported by doctors who wanted to teach and guide them to care properly for foundlings. However, wet nurses themselves were subjected to institutional abuse (debt, disease contagion, etc.) so they were generally women coming from utmost poverty that used the institution as a last resort to complement their meagre economy.

If we look closely to the specific provinces where wet nurses resided (graph 6.11), two clustering cores can be identified: in the east (the border between the southern part of Avila and the northern Toledo) and in the west (southwest and northwest of Guadalajara). Most of the wet nurses taking care of foundlings were clustered in those areas, roughly 100Km from the capital. In the villages where we find the highest intensity of the phenomenon, the average was the reception of 3 children per month (in their first rural placement) across the 45 years of our period: San Juan del Molinillo and Navatalgordo in the province of Avila (graph 6.12).

Although most of the foundlings only lived with one wet nurse (72-87%), after the first placement there were sometimes other options, apart from an additional placement in the countryside with another wet nurse. Death, fostering or adoption,

retrieval by parents, transference to another charity institution were some of those (graph 6.11). Although it would be interesting to study all these possible outcomes, the limited space of this thesis has forced us to look closely in the next three chapters to only two of them: retrieval by parents and death, the most common final outcomes.

CAPÍTULO 7. LA RECUPERACIÓN POR LAS FAMILIAS

La retórica sobre el abandono se ha centrado en la liberación de la carga que suponía un hijo ilegítimo para la madre soltera pese a que en casi todas las cronologías y contextos, la recuperación de hijos abandonados ha sido posible. En determinados momentos, algunos abandonos tenían incluso esa intencionalidad, lo que a menudo implicaba niños de filiación legítima, que no habían sido el objeto prioritario de las casas de expósitos. Así, junto a la liberación de la carga del hijo ilegítimo, el abandono sirvió para liberar otras: la de la viuda, la de la madre sin leche, la de la familia en una situación crítica por enfermedad o crisis económica, etc.

En el contexto nacional algunos autores han hablado explícitamente de las funciones asistenciales o benéficas de las instituciones al discutir la posibilidad de admisión de niños legítimos y el ofrecimiento de bonos o ayudas a la lactancia. Este creciente uso no tradicional no ha sido integrado conjuntamente con la práctica de abandonos temporales en el discurso. Por tanto, la recuperación ha seguido siendo considerada como un aspecto marginal que sólo ocurría a algunos de los niños.

Las recuperaciones no han figurado en el discurso histórico sobre los usos y causas de abandono en la Inclusa de manera explícita. No obstante, hemos documentado este fenómeno en nuestro periodo y hemos tratado de medirlo, aunque su cuantificación precisa se ha visto alterada por el uso médico de la institución (desde 1888) que no sólo interfería con las estadísticas de admisiones sino también con las de recuperaciones.

El estudio tradicional sobre el retorno a padres se ha hecho, mayoritariamente, a través de una cuantificación porcentual de la información contenida en los expedientes de recogida. Esta aproximación ha permitido a algunos autores esbozar una descripción general de los perfiles del fenómeno y de las características de las madres o familias que realizaban la recuperación. En el contexto de la Inclusa nosotros hemos decidido abordar el fenómeno de una manera distinta por dos razones: en primer lugar, por la incapacidad de acceder a la información de los expedientes (que no se conserva de manera completa y ordenada) y, en segundo lugar, por la posibilidad de introducir una nueva aproximación teórica (perspectiva del curso de la vida) y metodológica (análisis longitudinal) que nos permite incorporar la información de todas las madres y estudiar cuales eran las características particulares de las que efectivamente realizaban una recuperación.

Así, este capítulo, hemos abordado el estudio de la recuperación materna desde dos puntos de vista complementarios. En primer lugar, desde un nivel agregado, se ha estimado la incidencia del fenómeno según las estimaciones tradicionales para luego ofrecer las estimaciones desde el punto de vista del tiempo en riesgo que permiten apreciar de una manera más correcta la importancia del fenómeno. En segundo lugar, desde el nivel individual, hemos analizado la probabilidad de que los niños fueran recogidos, concentrándonos en los determinantes maternos que influían en mayor medida en que un niño fuera efectivamente recuperado por sus madres. Estos determinantes son los de mayor interés ya que estaban relacionados directamente con la agencia en el abandono y nos pueden dar claves sobre el tipo de mujeres que hacían uso de este recurso.

7.1. LA RECUPERACIÓN COMO INDICADOR DE USOS NO TRADICIONALES

Desde principios del siglo XIX el abandono había dejado de significar la renuncia total a la patria potestad. La Junta de Damas consiguió del Rey la eliminación del artículo 25 del Real Decreto de 1796 que especificaba que los padres podrían recuperar a su hijo sólo si justificaban que el abandono se había producido a causa de una situación de extrema pobreza⁷⁷⁹. La Junta había considerado que esa previsión limitaba la posibilidad de reintegrar a los expósitos con sus familias y tras su petición, el Rey finalmente dejó en manos de su Presidenta la responsabilidad de la entrega, que debía cerciorarse de no devolver niños a padres irresponsables⁷⁸⁰. Esta resolución legalizó el uso con objetivos temporales de la institución, que fue abriéndose paso entre las opciones de las clases populares y madres en situación de necesidad a lo largo de las siguientes décadas⁷⁸¹.

En nuestro periodo de estudio, con la evolución de la legislación y la reorganización de la jerarquía, la solicitud de retorno de los niños debía hacerse al Director de la Inclusa. Se requería rellenar un formulario, entregar la documentación justificativa de la identidad del niño (preferentemente la partida de inscripción en el registro civil del niño) y la cédula personal de la madre/padre. Posteriormente, la madre debía comparecer en la institución y en la entrega del niño debía estar presente, como testigo, o bien un funcionario o una persona que pagara contribución (acreditando, en cualquier caso, su situación)⁷⁸². La Junta de Damas era en realidad la responsable de las gestiones de investigación y decisión sobre la entrega del niño, que era aceptada y refrendada por el Director.

En el caso particular de la devolución temprana de niños de Maternidad (los que denominamos casos técnicos), como no se trataba en realidad de una devolución, la madre sólo tenía que presentar el volante de Maternidad en el que la Hermana Encargada había firmado “Entréguese”. Esta diferente disposición recoge claramente que la propia institución establecía una diferencia entre estas recuperaciones tempranas (cuya jurisdicción nunca había llegado a ser transferida a la Inclusa) y el resto de recuperaciones. Por tanto, nuestra decisión de establecer una separación conceptual (y empírica, en la medida de lo posible) entre estos dos tipos de retornos y de recursos queda reafirmada.

A diferencia de lo que ocurre con otras inclusas contemporáneas, en el caso de Madrid no disponemos de información suficiente para estudiar el retorno desde la casuística de los expedientes de recuperación. Rodríguez Martín, Valverde Lamsfus, Álvarez Santaló y otros han podido hacer uso de la información para sus contextos. Así, han podido informar sobre las características específicas de esa sub-población de madres y, generalmente, de familias que hacían uso satisfactorio de la temporalidad del

⁷⁷⁹ SERRANO RUIZ-CALDERÓN: “El abandono de menores: su regulación en el ámbito penal”, págs.35-36.

⁷⁸⁰ VIDAL GALACHE y VIDAL GALACHE: *Bordes y bastardos: una historia de la Inclusa de Madrid*, págs.58-59.

⁷⁸¹ Una versión preliminar de estos análisis se puede encontrar en REVUELTA EUGERCIOS, B. A.: “Releasing mother's burden: Child Abandonment and Retrieval in the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935” en *Journal of Interdisciplinary History*, en prensa.

⁷⁸² ARCM.8479, legajo 9.

abandono. En ocasiones, incluso han podido estudiar la política de la institución hacia la recuperación.

En el caso de la Inclusa, la información no estaba accesible de la misma manera⁷⁸³, por lo que su explotación ha resultado inviable. Dada su dispersión, no era posible establecer un criterio de selección (ni por años ni por tipos) por lo que cualquier recogida hubiera dado lugar a una muestra seleccionada por el registro (y sistema de preservación) de la institución, por lo que probablemente hubiera sido poco informativa.

Por tanto, carecemos de información específica de los procesos de naturalización, legitimación y reclamación y la medida en la que la institución rechazaba ese tipo de iniciativas maternas/familiares más que de casos con interés mediático. En 1910, por ejemplo, hubo un escándalo en los periódicos provocado por la reclamación de una mujer contra la Junta de Damas por su negativa a devolverle a su hija natural,⁷⁸⁴ que fue seguido por una denuncia similar pocos días después⁷⁸⁵. En toda esta polémica, la prensa se alineó en contra de la acción de la Junta de Damas que no autorizaba la devolución de los niños por no acceder a casarse, pese a que no existía esa provisión específica en el reglamento.

Este hecho podría hacernos pensar que la recuperación de niños era un fenómeno determinado por la adecuación de las madres a los “criterios de moralidad” de la Junta de Damas, lo que limitaría la posibilidad de que mujeres solteras recuperaran a sus hijos. Sólo se han encontrado algunos legajos en los que la Diputación ordena la entrega de niños ilegítimos, por lo que realmente no se puede inferir ninguna información sistemática en función de estas evidencias parciales⁷⁸⁶. Es posible que en determinados momentos existieran mayores restricciones a la recuperación pero quizá se limitaban a retrasar al proceso ya que los casos ocurridos a partir de 1910 fueron los únicos de este tipo que hemos encontrado. En estos dos casos, la Diputación determinó la devolución de los niños a sus madres.

Así, es preciso tener en cuenta esta limitación a la hora de realizar nuestro análisis y recordar que, al hablar de recuperaciones, sólo podemos hablar de aquellas que se llevaron a cabo por las superación de las distintas circunstancias, la supervivencia de los implicados y la posible interferencia de la institución. Por tanto, es imprescindible una aproximación distinta a la tradicional para conocer este fenómeno en su complejidad. Para ello, en primer lugar, hemos estudiado la distribución del fenómeno a lo largo del tiempo de forma agregada y, a continuación, hemos abordado los determinantes individuales de la recuperación. Para todos estos esfuerzos, hemos

⁷⁸³ Toda esa información se halla dispersa e incompleta en cientos de carpetas de legajos en la institución, mezclada con la correspondencia, en pequeñas carpetas anuales, sin hallarse unificada en los expedientes individuales de los niños. Ver por ejemplo, legajo 8479 ARCM donde se agrupaban toda una serie de documentos referidos a recuperaciones, solicitudes, instancias a la Inclusa, comunicaciones de la Diputación Provincial referidos a distintos años.

⁷⁸⁴ La primera noticia al respecto apareció en “Un caso de coacción. ¿Pueden ser retenidos los niños en la Inclusa contra la voluntad de sus madres?” *El Heraldo de Madrid*, 6 de noviembre de 1910 pág.1 pero las referencias a esta crisis se prolongaron a lo largo de todo el mes.

⁷⁸⁵ “La moralidad contra el derecho. Otra madre a quien niegan sus hijos”, *El Heraldo de Madrid*, 8 de noviembre de 1910, pág.1 fue la primera noticia concerniente a Flora Díaz, cuyo caso específico se publicó con fotografías y un detallado recuento de la vida de esta mujer.

⁷⁸⁶ Casos de M.Belmar o C. Ramos en 1928. Legajos ARCM 18479.

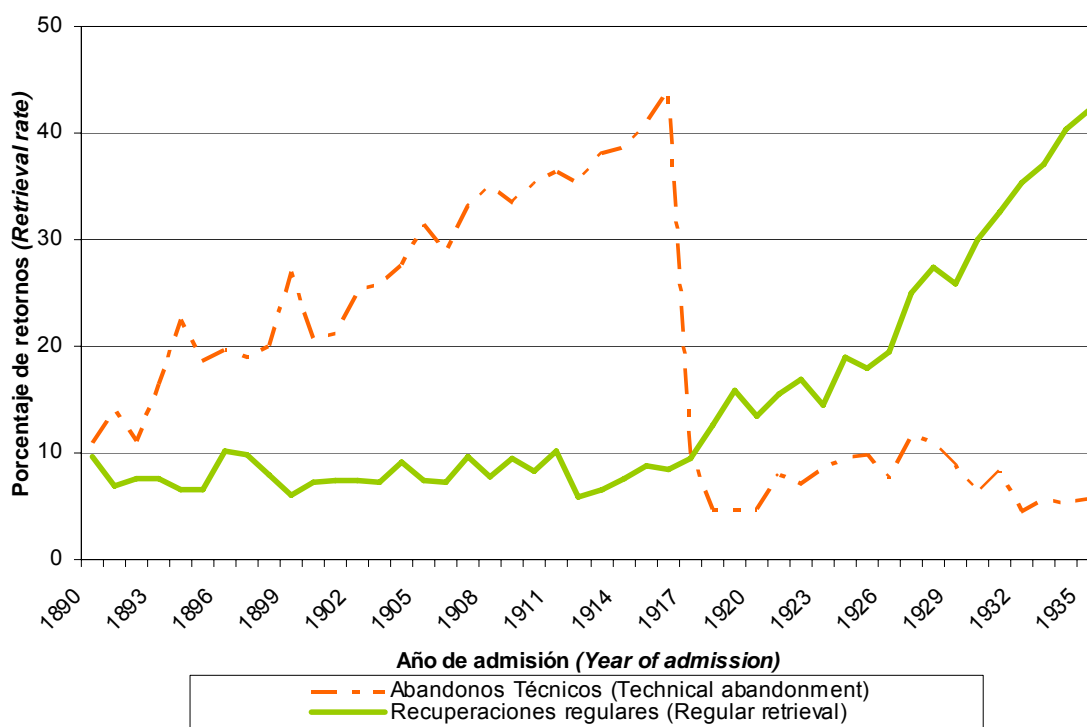
utilizado la metodología de análisis longitudinal que nos ha permitido capturar la naturaleza verdadera de estos datos y ofrecer las estimaciones más adecuadas.

7.2. LA MEDIDA AGREGADA DE LA RECUPERACIÓN: MEDIDA TRADICIONAL VS. MEDIDA LONGITUDINAL

Dada la ausencia de información sobre la intencionalidad de las madres no se pueden distinguir claramente las recuperaciones que pertenecían a abandonos técnicos de las recuperaciones regulares y nuestra aproximación a esa tarea ha tenido base empírica. En el capítulo 5 (sección 5.1.), se han definido los “retornos tempranos” como aquellos experimentados antes del día 21 de estancia en la institución por niños nacidos en la Casa de Maternidad y se ha utilizado la expresión “retornos regulares” para referirse a aquellas recuperaciones que ocurrían a partir de los 21 días, que necesariamente implicaban un abandono deliberado. Los casos que en el capítulo 5 considerábamos como depósitos temporales (aquellos que siguen el mismo patrón que los técnicos en el periodo posterior a 1917) han sido incluidos con los abandonos técnicos dada la similitud de los patrones que muestran aunque, conceptualmente, somos conscientes de que habrían sido considerados como abandonados.

Gráfico 7.1. Importancia de los dos tipos de retorno en la Inclusa: temprano y regular.

[Graph 7.1. Importance of the two types of retrieval in the Foundling Hospital: early and regular].



Nota: % Abandonos técnicos= n° recuperaciones tempranas /n° abandonos anuales. % Recuperaciones regulares=n° recuperaciones regulares/ (n° abandonos anuales menos abandonos técnicos). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: % Technical abandonment=#early retrieval/#annual abandonments. % Regular retrievals=#regular retrievals/ (#annual abandonments minus technical abandonments). Source: ARCM. Own elaboration].

En primer lugar, hemos estudiado su incidencia con referencia al número de abandonos anuales como hace la historiografía para expósitos. En el gráfico 7.1 se ha representado la evolución divergente de ambos a través de esta medida, debida a los

distintos mecanismos que determinaban su ocurrencia. Los retornos tempranos estaban determinados por un imperfecto registro de la información y los retornos regulares formaban parte de los comportamientos de los usuarios de la Inclusa. Este gráfico muestra, por un lado, un incremento acelerado del número de mujeres que recurrían satisfactoriamente al parto en la Casa de Maternidad, llevándose a sus hijos al marcharse, cuya presencia desaparece a partir de 1917 por el cambio de reglamento. A partir de ese momento, sólo se recoge un pequeño número de madres que mantenía un comportamiento similar (recuperación temprana) aunque sus hijos eran conceptualmente abandonados. Por otro lado, se observa una cierta estabilidad de la recuperación regular, inferior al 10% hasta 1917, momento en el que empezó a cobrar fuerza hasta llegar a cifras del 40%, cercanas al caso milanés a mediados del siglo anterior.

Las razones del incremento de la recuperación regular nos son desconocidas ya que los facultativos de la Inclusa nunca reflexionaron sobre este fenómeno pero se pueden plantear varias hipótesis. En primer lugar, es posible que precisamente los acontecimientos de 1918 tuvieran un efecto en la población que recurría a la Inclusa, haciéndoles conscientes de la mortalidad que afectaba a los asilados y haciendo que más mujeres se apresuraran a recoger a sus hijos. En segundo lugar, este proceso pudo ser ayudado por el descenso de la mortalidad, particularmente a partir de 1921 y, con fuerza, desde 1923. No obstante, no pudo estar exclusivamente determinado por ésta ya que el inicio de la importancia de la recuperación se remonta a 1917 (momento en el que la mortalidad infantil era del 80%). Y, en tercer lugar, es posible que el crecimiento decidido en la década de los 30 responda a la llegada de un contingente adicional de abandonos temporales, facilitada por la extensión entre el cuerpo social de las facilidades que ofrecía la institución como centro asistencial.

Estas cifras no están muy lejanas de las ofrecidas por otras instituciones similares. En la propia Inclusa en el siglo XVIII, momento clave de la entrada de legítimos y probablemente de abandonos temporales, se registraron tasas de retorno a padres de entre un 8 y un 22%)⁷⁸⁷. En otros contextos pero en la cronología de estudio el rango fue similar: entre un 2 y un 15% para Navarra y Guipúzcoa⁷⁸⁸.

Cualquier estimación obtenida a través de proporciones en un contexto de datos longitudinales infravalora el nivel real del fenómeno por lo que, si se quiere obtener una medida más adecuada, es preciso recurrir a la estimación longitudinal. En el gráfico 7.2. hemos retomado la representación del tiempo y de los eventos del capítulo anterior para explicar las particularidades que adquiere el análisis en este contexto, dada la necesidad de aislar las recuperaciones tempranas de las regulares. Esencialmente, hemos dividido el análisis en dos periodos. El primer periodo cubre la vida de los expósitos admitidos a través de Maternidad de los 0 a los 21 días y el segundo de los 21 días en adelante.

En el primero, hemos partido de todos los niños que nacieron en la Maternidad, cuya trayectoria es seguida hasta alcanzar los 21 días. Así, la comparación se establece adecuadamente entre aquellos que finalmente experimentaron un retorno temprano y aquellos que podrían haberlo sido pero, o bien murieron antes de llegar a esa edad o la alcanzaron sin haberlo experimentado. En el segundo, se cuenta con los niños desde los

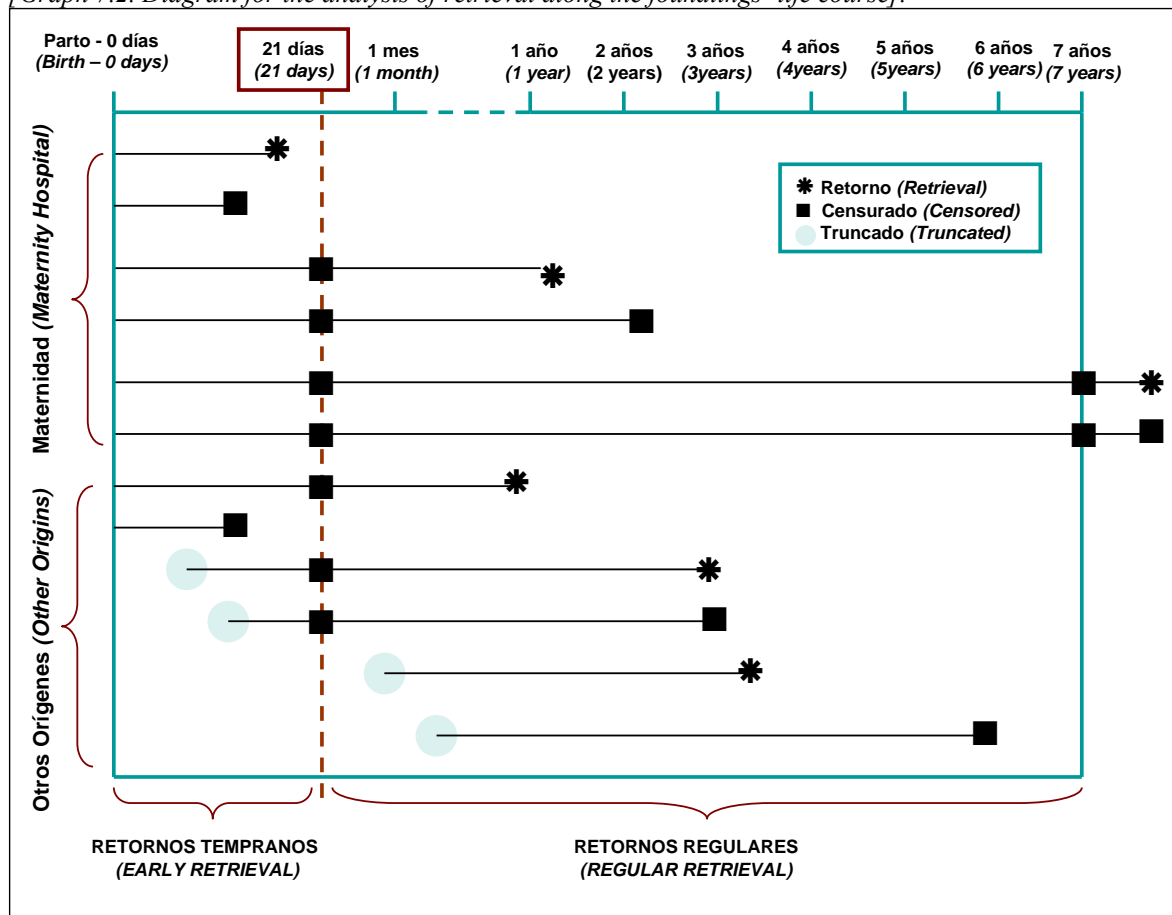
⁷⁸⁷ SHERWOOD: *Poverty in eighteenth-century Spain: the women and children of the Inclusa*, pág.148.

⁷⁸⁸ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, págs.246-247.

21 días⁷⁸⁹ hasta que salían de la institución o alcanzaban los 7 años. Si eran admitidos con posterioridad a los 21 días de vida, se consideran desde su admisión. Tanto los niños nacidos en la Maternidad como los abandonados a través de Otros Orígenes han sido considerados aquí.

Gráfico 7.2. Esquema del estudio del retorno durante la vida de los expósitos.

[Graph 7.2. Diagram for the analysis of retrieval along the foundlings' life course].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

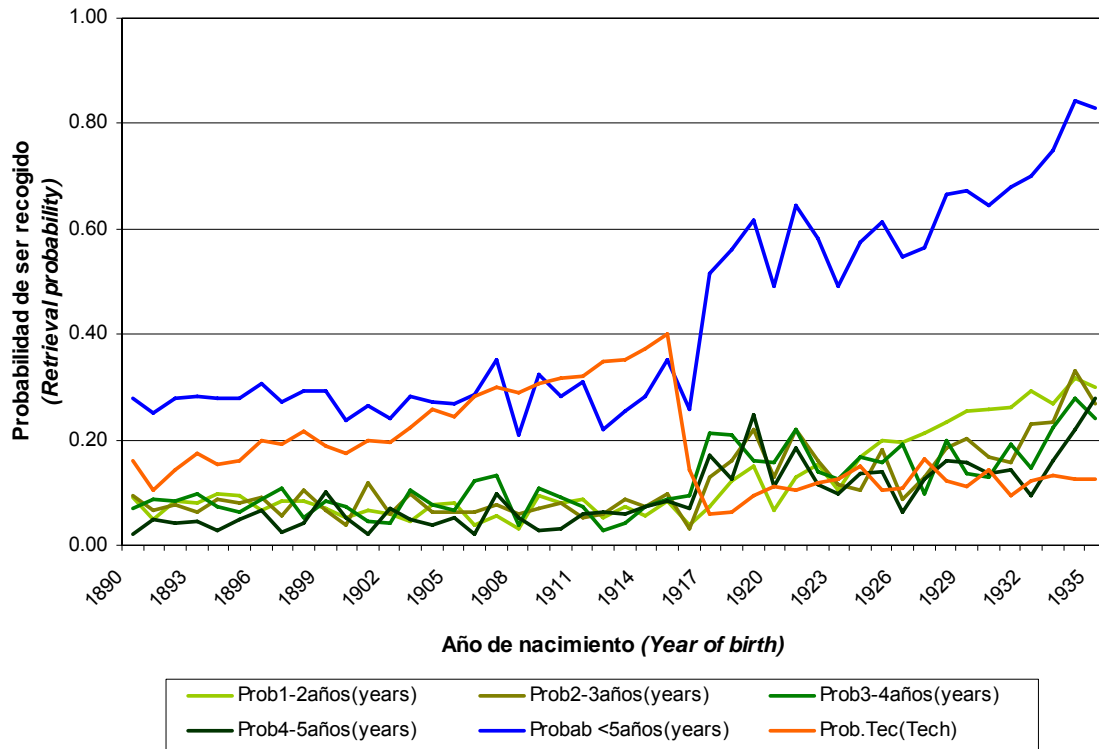
Combinando todos los tiempos de exposición y los eventos ocurridos, se puede capturar la parte de vida específica (simplificando, el número de días por niño) que se experimentaba en disposición de ser recogido y relacionar esa medida con el número de recuperaciones que efectivamente se producían, ajustando así la importancia del fenómeno. En el gráfico 7.3 se han representado las probabilidades de ser recogido en intervalos anuales si aún se permanecía dentro de la Inclusa y la probabilidad acumulada en los cinco años. Así, frente a un 10% de recuperaciones sobre el total en el periodo anterior a 1917, vemos que si sólo contamos los niños que efectivamente estaban en riesgo en la situación (es decir, que habían sobrevivido hasta los 5 años y, por tanto, eran los que estaban en disposición real de ser recuperados) la probabilidad es del 30%. Y lo mismo ocurre con el periodo posterior, en el que la probabilidad de ser recuperado alcanzó hasta el 80%. Como ya hemos comentado en el capítulo anterior, la

⁷⁸⁹ Esto análisis deja sin cubrir el espacio entre 0 y 21 días para los niños de Otros Orígenes pero permite replicar exactamente el análisis realizado para la Maternidad por lo que se ha preferido esta opción. No obstante, se ha realizado el análisis con los primeros 21 días y el resultado no varía sensiblemente.

inadecuada conceptualización no oculta la tendencia de los fenómenos sino que subestima los niveles reales.

Gráfico 7.3. Probabilidad de recuperación temprana y regular en la Inclusa (en distintos intervalos anuales), 1890-1935.

[Graph 7.3. Probability of being an early or regular retrieval (in different annual intervals) in the Foundling Hospital of Madrid].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

7.3. LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL: LOS DETERMINANTES DE LA RECUPERACIÓN Y SU ESTUDIO

Para comprender la complejidad de la recuperación, el análisis debe ir más allá de los análisis agregados que ha realizado la historiografía hasta el momento y tratar de comprender la dimensión individual del fenómeno. Es decir, cuales eran las circunstancias o condiciones que afectaban la probabilidad de que un niño fuera recuperado por su madre o su familia y en qué medida las circunstancias familiares tenían importancia en este fenómeno. Si calculásemos la tasa de recuperación por sexo, por filiación o por otras variables, podríamos obtener una imagen aproximada de su efecto pero éste podría estar alterado por otras variables por lo que hemos decidido abundar directamente a través de modelos estadísticos complejos sobre los efectos de las diferentes características y circunstancias familiares de un niño podrían tener sobre su recuperación.

Para ello, en primer lugar hemos realizado una reflexión sobre los determinantes de la recuperación y, a continuación, hemos tratado de evaluar el efecto que un grupo particular de ellos (los relacionados con las características y circunstancias maternas) tenían en las probabilidades de experimentarla. El objetivo, por tanto, ha sido una

descripción general de los procesos que podían estar en juego para disponer de todo el universo potencialmente responsable de la recuperación (temprana y regular) antes de centrarnos en los factores específicos que podemos estudiar, de modo que podemos obtener una medida correcta de las limitaciones de nuestra inferencia.

7.3.1. LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL: EL MARCO TEÓRICO

La propuesta de “determinantes de la recuperación” se ha hecho, principalmente, en relación al hogar familiar de origen del expósito, para poder distinguir (al menos teóricamente) entre aquellas situaciones que más probablemente daban lugar a un tipo de recuperación o a otro. Esta perspectiva incluye una serie de consideraciones sobre las causas que podían producir algunos de los abandonos ya que la recuperación solía ocurrir una vez superada la causa desencadenante pero no se ha pretendido una operacionalización absoluta de éstas.

En el gráfico 7.4 se ha representado nuestra propuesta esquemática del universo de factores que potencialmente podrían determinar la recuperación de un niño donde hemos tratado de recoger las interacciones entre los diferentes factores, acciones y aspectos bajo consideración. En ella hemos incluido ambos tipos de recuperaciones.

Se han descrito cuatro factores que, conjuntamente, representan la situación material e ideológica del hogar de origen y cuyo efecto combinado podía devenir o bien en la crisis (entendida en un sentido amplio como la situación desencadenante) conducente al abandono o al recurso a la maternidad medicalizada. En este sentido, nos hemos referido como ‘hogar’ de una manera amplia al lugar en el que residía la madre y las circunstancias que la rodeaban. Actuando sobre ellos, hemos localizado tres factores externos: contexto económico, ambiente patológico y contexto sociocultural. Y, como dos factores ajeno a la acción de la familia o la sociedad, los procesos y eventos relacionados con la gestión en la institución: aquellos que afectaban a la salud del niño y la actitud de la institución ante la petición de recuperación por la madre o familia.

En primer lugar, hemos descrito los determinantes de la recuperación regular. Los factores relacionados con las características del hogar tienen un doble efecto sobre la posibilidad de recuperación del niño: la determinación del tipo de crisis que desencadena el abandono y la determinación de la posibilidad de superación/solución de la crisis, que permite la recuperación del niño abandonado. Hemos descrito brevemente en qué medida los factores son responsables del abandono pero, fundamentalmente, cómo contribuían a la posibilidad de salida de la crisis y en qué forma podía darse ésta, para posibilitar la recuperación.

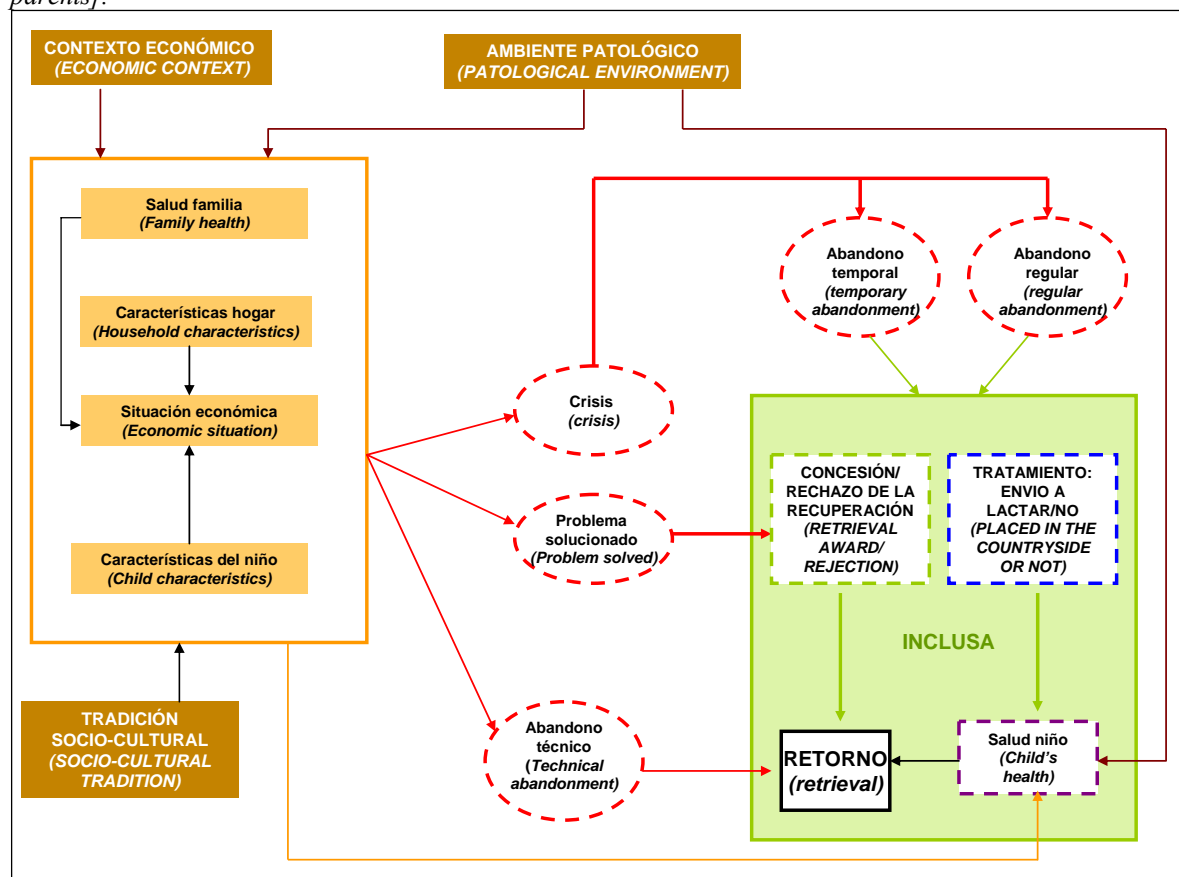
En nuestro análisis hemos considerado prioritarios cuatro aspectos dentro de las características del hogar⁷⁹⁰: la salud, las características socio-demográficas, el estatus socioeconómico y el lugar de residencia, caracterizados por importantes interacciones entre ellos. Se ha utilizado el término salud pero nuestra consideración de ésta es bastante amplia ya que distintos tipos de situaciones podrían englobarse en la salud

⁷⁹⁰ Estos factores han sido introducidos a lo largo de los capítulos anteriores a partir de evidencias tanto de la propia Inclusa como de otros contextos por lo que no vamos a detenernos aquí a un repaso detallado de todo el fundamento bibliográfico que lo respalda, sino que remitimos a los capítulos 5 y 6 para más información.

familiar que podrían llevar al abandono. La enfermedad de la madre, su hospitalización e incluso la muerte eran factores que podían precipitar una crisis ya que implicaban la desaparición momentánea o permanente de la persona fundamentalmente encargada de la supervivencia del niño. También se pueden considerar ese tipo de situaciones para el padre, si convivía con la madre, como responsable de la contribución o generación de la crisis por el efecto que la incapacidad provocada por cualquiera de ellas de garantizar la supervivencia familiar al provocar una reducción de la renta familiar. No obstante, también se puede incluir la salud del propio niño al nacer, o la mala salud, que si no podía ser enfrentada por la familia, podría devenir en un abandono para transferir a la institución la atención y gastos médicos derivados.

Gráfico 7.4. Propuesta de marco interpretativo de los determinantes de la recuperación por padres.

[Graph 7.4. Proposal for an interpretative framework to address the determinants of retrieval by parents].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

Cualquiera de estas tres posibilidades podría contribuir a la crisis de la familia pero sólo los casos de enfermedad u hospitalización implicarían una posibilidad de recuperación real en el futuro. Para la defunción de uno de los esposos, la recuperación, no obstante, tendría que venir de mano de un cambio de las características demográficas, como por ejemplo un segundo matrimonio. Si el desencadenante del abandono era la salud del niño, posiblemente, ese factor sería determinante de la imposibilidad de su recuperación.

En cuanto a las características demográficas, consideramos que es preciso tener en cuenta algunos aspectos como el estado civil de la madre, la edad, la paridad del parto, el estatus migratorio, la posición de la madre en el hogar, el número de miembros como distintos factores que explicarían el contexto de la mujer. La ilegitimidad, por razones morales (la vergüenza del nacimiento de un hijo legítimo), sería una causa muy importante que propiciaría el abandono aunque muy posiblemente, como hemos mencionado en el apartado anterior, no operara en exclusividad y su interacción con la situación económica podría contribuir a determinar la crisis. La edad de la madre y la paridad, altamente relacionadas, estarían, a su vez, combinadas con la ilegitimidad, y podrían indicar una propensión diferencial al abandono: los primeros partos o los de mujeres jóvenes solteras y los últimos partos en las mujeres casadas serían los que tenían mayores probabilidades de ser abandonados.

La naturaleza, migrante o nativa de la madre, y, específicamente, su proyecto migratorio, podría tener un efecto disuasorio del abandono: quizá las mujeres migrantes tendían al abandono definitivo en mayor medida dada su mayor vulnerabilidad y falta de redes sociales. O, como ya hemos sugerido, en función del lugar de procedencia y sus planes de asentamiento en la ciudad, se verían en coyunturas diferentes a la hora de gestionar su descendencia. Finalmente, las características del hogar en cuanto a posición de la mujer, relación con el cabeza de familia, número de habitantes, contribuirían a determinar el contexto pero su efecto es difícil de precisar y, en general, probablemente su efecto estaba muy correlacionado con la situación económica.

La solución de la crisis vendría de la mano no tanto de la reversión de algunas de las situaciones sino de sortear algunas de las dificultades impuestas por estas condiciones a través de un matrimonio (para las solteras y mujeres jóvenes) o por el incremento o restauración de la situación económica que debía coadyuvar a muchas de estas situaciones. Un nuevo matrimonio, como nueva situación familiar, podría ser, en realidad, un factor detractor de la recuperación, por la reticencia del nuevo cónyuge a aceptar a los hijos del matrimonio anterior⁷⁹¹. En cualquier caso, la legitimidad muy probablemente era un predictor del retorno por dos razones: por un lado, los niños legítimos eran probablemente abandonados con mayor frecuencia con una intencionalidad futura de recuperación pero, por otro lado, la asociación de la legitimidad con otras variables (presencia de un padre en el hogar, quizá) que facilitarían ésta.

La situación económica, necesariamente, debía ser uno de los factores principales detrás del abandono, independientemente de si la supervivencia familiar descansaba en el empleo de la mujer, de su marido (o pareja, si es que la tenía) o de ambos. La pérdida del empleo sería la causa fundamental del deterioro de la situación económica ya que el trabajo remunerado era la base exclusiva de la supervivencia de clases populares. La recuperación de los problemas relacionados con la pérdida de la fuente del salario implicaría generalmente un nuevo trabajo pero, si la crisis económica

⁷⁹¹ Esta idea se basa en el “efecto Cenicienta” que ha encontrado mayores niveles de abuso o maltrato, es decir, rechazo, en niños residiendo en segundos matrimonios a manos del nuevo cónyuge. La causa de esta situación ha sido descrita en términos evolutivos como un intento de incrementar su propio éxito reproductivo (el bienestar de su descendencia). DALY, M. y WILSON, M.: *The Truth About Cinderella: a Darwinian View of Parental Love*, Yale University Press, New Haven, 1998. Se ha encontrado en numerosos contextos contemporáneos pero también en el pasado: WILLFÜHR, K. P. y GAGNON, A.: “Death Clustering of Infants in Second Marriages in Two Historical Populations”, comunicación presentada en el *International Workshop on Death Clustering*, Umea, Suecia, 22-23 Octubre, 2010.

era de otra naturaleza (probablemente con un efecto marginal) quizá la recuperación sería mucho más difícil.

Finalmente, es preciso referirse a las características del niño ya que éstas podrían inclinar la decisión familiar hacia el abandono o la recuperación: el sexo y el momento preciso en el que producía el nacimiento. Por un lado, aunque el capítulo anterior haya sugerido que no existía una preferencia sobre el sexo del nacido para nuestro contexto, en términos generales debe ser considerado como una posibilidad (dada la consistente preferencia masculina de la sociedad de partida): tanto para el abandono (preferencia femenina) como para la recuperación (preferencia masculina). Por otro lado, el momento específico del nacimiento –en relación con la coyuntura laboral correspondiente– podría ser un factor coadyuvante o disuasorio, como ya hemos comprobado: por un lado, el invierno era la época de mayor escasez mientras que el verano suponía el periodo de mayor subsistencia pero, precisamente, también la actividad se distribuía de la misma manera y el verano podía ser el periodo en el que el cuidado de un niño se hacía incompatible con la actividad económica. La llegada de una estación con mayores posibilidades, por tanto, podría actuar como un factor coadyuvante a la recuperación, mejorando la capacidad de sustentación familiar.

Los tres factores externos contribuirían directamente sobre estos factores: tanto una coyuntura económica desfavorable como el ambiente patológico podían provocar una mayor facilidad de la ruptura de la autosustentación de la familia y, su normalización, podía contribuir a la recuperación necesaria. La influencia de la tradición sociocultural, no obstante, podría ocurrir de una forma más indirecta, sobre el abanico de oportunidades que una mujer (o una familia) consideraba ante el tipo de crisis. Este concepto podría indicar tanto la conciencia de la posibilidad de uso de las instituciones existentes con fines asistenciales, como la percepción de la moralidad o inmoralidad y las consecuencias de éstas, etc. Por tanto, determinaría de partida el tipo de recurso que las madres o familias llevaban a cabo.

Los factores relacionados con la institución, finalmente, también eran clave, como ya hemos discutido. Por un lado, la supervivencia del niño era vital durante toda su institucionalización para que la recogida fuera posible y estaba afectada por un importante número de condicionantes. Aquí sólo se han expuesto tres de ellos: las propias características familiares, el ambiente patológico y el tratamiento en la Inclusa. En el capítulo 9 (sección 9.1) hemos profundizado en este aspecto por lo que sólo vamos a comentar estas relaciones brevemente: en primer lugar, las características familiares y la razón de la crisis podrían comprometer la salud del niño de partida (si había habido enfermedad en la familia, que podía haber sido transmitida al niño; si la situación económica había producido una crianza deficiente, por ejemplo); en segundo lugar, ya hemos descrito la complicada interpretación del envío a lactar de los niños y la cadena acumulada de tratamiento-salud (capítulo 6); y, en tercer lugar, el propio ambiente patológico de la ciudad y la carga de enfermedades y su acción a través de las condiciones específicas de la institución.

Por otro lado, la actitud de la Inclusa hacia la recuperación sería determinante en la devolución final. Así, no sólo las madres o familias debían alcanzar una situación de suficiente desahogo como para que la perspectiva de la recuperación fuera aceptable, sino que tenían que convencer a la institución de que iban a ofrecer al niño recuperado un ambiente adecuado para su crianza. Distintas instituciones podían tener distintas

políticas, desde las más a las menos restrictivas. Pese a que no se debía denegar la recuperación de niños a las mujeres solteras, es posible que existiera un mayor seguimiento o control hacia ese tipo de mujeres para asegurar que tenían los medios y la “calidad moral” para criar a sus hijos.

En segundo lugar, para el estudio de los factores explicativos relacionados con el nacimiento en la Casa de Maternidad y las recuperaciones tempranas, hemos conservado los mismos elementos pero la relación entre ellos es distinta. En lugar del doble efecto de los factores familiares sobre el abandono y la recuperación, encontramos sólo un único efecto dado que la recuperación temprana forma parte de la intención inicial. Y ésta, sólo sería subvertida por la muerte de madre o el niño, por lo que la explicación se simplifica notablemente.

Por un lado, la salud cobra otro sentido: la única razón en términos de salud por la que una madre recurriría a la Casa de Maternidad sería la complicación del parto. En cuanto a las características del hogar, la ilegitimidad en sí misma no tendría ninguna importancia en la propensión a este tipo de recurso más que en la tendencia en la asociación de las mujeres solteras con una baja situación socioeconómica (en mayor medida que las mujeres casadas). Igual ocurriría con otra serie de características socio-demográficas de la madre, así como con la composición y la situación de la madre en el hogar, cuyo efecto sobre la probabilidad de llevar a cabo un abandono técnico estaría asociada a un estatus socioeconómico bajo: situaciones de servidumbre, hacinamiento o residencia en lugares temporales desde luego inclinarían a las mujeres a buscar el parto en un lugar resguardado. Por tanto, la asociación más importante parece ser la situación económica porque sólo una situación de pobreza manifiesta que se asociaba con ese tipo de vida llevaba a las mujeres al parto a la maternidad, dada la preferencia social generalizada hacia los partos domiciliarios.

Entre los efectos institucionales, la salud del niño al nacimiento y en los pocos días que pasaba en la institución tendría el mismo efecto limitante que entre las recuperaciones regulares pero no en el caso de la política de la institución, que automáticamente permitía la recuperación de todos los niños abandonados a través de Maternidad en los días siguientes al parto.

7.3.2. LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL: LAS PROBABILIDADES DE SER RECUPERADO

El esquema elaborado en el epígrafe anterior nos permite un conocimiento exploratorio del universo de factores que podían afectar las probabilidades de recuperación de los niños admitidos en la Inclusa. Nuestra intención a continuación, no obstante, no es comprobar la actuación exacta de todos ellos y, por tanto, la validez de la propuesta. Esa tarea supera las intenciones de este capítulo y, en cualquier caso, sería una empresa de complicada culminación dada la escasez de datos sobre las intenciones y los mecanismos implicados. Nuestro análisis, por tanto, se ha centrado en el análisis de los determinantes del retorno relacionados con las características maternas (indicadores de algunas circunstancias familiares), utilizando algunos de los elementos descritos en el marco para asegurar que las asociaciones descubiertas responden a la realidad y no a la interferencia de otros factores.

Nuestro análisis se ha centrado en la explicación de la experiencia del retorno (y su distinto significado), tratando de desglosar su complejidad y estudiar hasta qué punto algunas características maternas nos ayudan a comprender quienes tenían más probabilidades de ser recuperados. En el capítulo 5 hemos esbozado algunas de las características de los abandonos técnicos pero no podemos asumir que todas las diferencias encontradas respondan a la realidad fiablemente dado que sólo hemos considerado los casos que previamente cumplían el criterio de pertenencia.

Para ir más allá de ese análisis, en este epígrafe hemos estimado modelos que cuantifican las diferencias entre distintas categorías de una misma variable (por ejemplo, la filiación) teniendo en cuenta la existencia de otros efectos provocados por otras (como por ejemplo, el sexo de los nacidos, la estación de nacimiento) y, además, ofrecen una medida estadística de la probabilidad de que la diferencia encontrada refleje una asociación clara en la vida real o un proceso aleatorio⁷⁹². Se han tomado cinco decisiones metodológicas que sirven de control en el análisis, asegurando que los resultados responden a grupos homogéneos de niños y no mezclan experiencias radicalmente distintas.

En primer lugar, se ha dividido el análisis por origen, ya que sistemáticamente hemos puesto de manifiesto las diferencias en registro y en composición de los niños abandonados en función del origen. En el caso de la individualización de los casos técnicos, no se han incluido los Otros Orígenes pero en el caso de la recuperación regular, se han estimado modelos individuales. En segundo lugar, se ha dividido el tiempo de vida de los expósitos en intervalos vitales (semanas en el primer caso y años en el segundo) para poder estudiar la intensidad del fenómeno a lo largo de la vida de los mismos⁷⁹³. En tercer lugar, se han incluido una serie de variables que denominamos “de control” que permiten tener en cuenta algunos de los factores que potencialmente podían determinar un mayor retorno: sexo, estación de abandono y edad.

En cuarto lugar, se ha recogido si se enviaba a los niños a lactar al campo (y cuándo ocurría esto), para controlar, en cierta medida, el efecto que el cambio de ambiente y lacancia tenían sobre la salud de los expósitos. Esta variable se ha tomado como una “variable que cambia de valor con el tiempo”, es decir que su valor no está fijado desde la admisión y cambia en cada intervalo de vida (semanas o años) de los expósitos. Es decir, la variable indicaría que el niño no se ha enviado a lactar mientras que se mantuviera en la institución y pasaría a indicar envío a lactar sólo en el intervalo exacto en el que se produjera el envío. La mayor parte de las variables, como las características maternas o de los niños, no requieren este tipo de tratamiento porque pueden usarse con objetivos predictivos debido a que su valor antecede al hecho de estudio: es decir, el sexo de un niño no varía una vez nacido, por lo que si existe un efecto de éste sobre la recuperación, éste está predefinido desde el momento del nacimiento. Como hemos descrito en el capítulo anterior, si un niño era enviado a lactar

⁷⁹² Para más detalles sobre la necesidad, validez y uso de esta metodología, ver en el capítulo introductorio, la sección 1.3.2, donde se introducen estos conceptos.

⁷⁹³ Esto implica que hemos utilizado el análisis longitudinal en tiempo discreto. Se ha dividido la experiencia de los expósitos en 3 ó 7 intervalos (para recuperaciones tempranas o regulares, respectivamente) a través de múltiples registros para un mismo caso identificados con un indicador único. Y se ha realizado el análisis mediante regresiones logísticas que estudian la experiencia del evento recuperación. Para corregir la posible falta de dependencia de este procedimiento, se han utilizado errores estándar robustos utilizando al individuo como elemento de agrupación y una variable que recoge la dependencia temporal de los intervalos.

o cuándo era enviado a lactar eran decisiones que se tomaban en función de lo que ocurría dentro de la institución por lo que no puede considerarse como una variable que actúa desde el principio. Y, de hecho, si se le adjudica ese factor predictivo, podría sesgar los resultados dramáticamente⁷⁹⁴.

Finalmente, en quinto lugar, dada la diferencia de la intensidad general de la tendencia a través de la cronología de estudio, ha sido necesario incluir una variable con los cuatro sub-periodos que se han utilizado hasta el momento con fines descriptivos.

Las variables de interés fundamentalmente han sido la legitimidad, que es la medida resumen de una importante serie de características maternas, familiares y contextuales. Asimismo, se ha incluido el resto de información disponible sobre las madres: para los niños de Maternidad la edad y provincia de procedencia de la madre y para los niños de Otros Orígenes, la medida resumen de información disponible sobre la madre. Pese a la posición central que las variables relacionadas con las madres han tenido en nuestro análisis, hemos precedido su estudio de un repaso a estas otras características “de control” dado que ningún otro estudio hasta el momento se ha acercado a la cuantificación de este tipo de efectos.

7.3.2.1 La probabilidad de experimentar una recogida temprana: los abandonos técnicos

En esta sección, hemos tratado de determinar las características que identificaban a las madres que realizaban satisfactoriamente un retorno temprano, que para nosotros evidencia un recurso exclusivamente médico. Para ello, hemos ajustado un modelo completo, cuyos resultados numéricos pueden verse en la tabla E.1 del anexo, donde se recogen todos los efectos importantes descritos anteriormente además de las variables maternas que son nuestro interés prioritario.

Para su interpretación, en primer lugar hemos descrito brevemente los efectos de las variables de control y, en segundo lugar, nos hemos concentrado en las variables familiares de interés. En ambos casos, los resultados capturan los efectos individuales, excluyendo la asociación con otras variables incluidas (aunque, por supuesto, pueden estar afectadas por el resto de aspectos contenidos en el esquema del capítulo anterior). Dado que no existe historiografía previa sobre el efecto potencial que las distintas características podrían tener en la recuperación (en un entorno estadístico como el que planteamos) no hemos realizado un estudio previo de las expectativas de resultado sino que hemos abordado directamente su análisis, a la luz de las sugerencias propuestas en nuestro marco teórico. Para su mejor visualización, los resultados de los modelos se han representado en los gráficos 7.5 (variables de control) y 7.6 (variables familiares).

A. Las variables de control

Entre las características de los niños, hemos incluido el sexo y la estación de nacimiento. Para la representación gráfica, hemos elegido un sistema que permite

⁷⁹⁴ La cadena causal posible responsable de esta dependencia se ha descrito en el capítulo 6 a través del gráfico 6.3 en el epígrafe 6.2.1.

comprender las diferencias entre distintos niveles de una variable si el resto de determinantes se mantienen estables⁷⁹⁵. Así, en la sección A del gráfico 7.5 se muestra la comparación entre sexos, donde el sexo femenino adopta el papel de referencia, es decir, su valor está es 1 (se representa con un pequeño intervalo alrededor de 1 para mejor visualización pero en realidad es 1). La barra del sexo masculino representa el rango de valores posibles de la diferencia respecto al sexo femenino (un intervalo de confianza del 95% alrededor de la estimación puntual de la diferencia). Así, el hecho de que su rango incluya el 1 (es decir, toque o incluya el eje marcado por el 1) quiere decir que su valor podría ser similar al del sexo femenino.

Esto significa que no hay evidencias que apunten a la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en sus probabilidades de experimentar una recuperación temprana⁷⁹⁶. Por lo tanto, el sexo no ejerce un papel relevante entre las características individuales de un expósito a la hora de determinar su probabilidad de experimentar una recuperación temprana. Este resultado es consistente, como ya hemos comentado, con el hecho de que las mujeres que iban a utilizar la Casa de Maternidad sólo para el tiempo alrededor del parto y no planeaban abandonar a sus hijos, habrían tomado la decisión con anterioridad al nacimiento (y el conocimiento del sexo de éste).

En el caso de la estacionalidad (sección B), la imagen sugiere diferencias estadísticamente significativas. Por un lado, la barra correspondiente al invierno cruza el 1, no diferenciándose de la primavera, que es la referencia. Por otro, las barras que representan a los niños nacidos en verano y otoño se muestran completamente a la derecha del 1, representando una mayor probabilidad de ser recuperados. Esto quiere decir que estas diferencias no podrían producirse por alteraciones aleatorias sino que responden a un patrón de comportamiento específico. Como ya hemos comentado, esta diferencia está relacionada con el hecho de que se trataba de la época en la que la subsistencia estaba garantizada y se producían menos abandonos regulares.

En las secciones C y D se han representado los dos aspectos estructurales relacionados con el fenómeno de la recuperación temprana: cuándo se producía, en la vida de los niños y la intensidad conforme avanzaban las décadas. El intervalo señala que la intensidad del retorno en la segunda y la tercera semana de vida era mucho menor que en la primera, dónde se producía el grueso de las recuperaciones. El tiempo, por su parte, reproduce la imagen que mostraba el gráfico 7.1: los niños abandonados en el periodo 1900-1917 tenían más probabilidades de ser recuperados que los abandonados en el periodo anterior (1890-99, la categoría de referencia) que, a su vez, tenían mayores probabilidades que aquellos abandonados en el periodo posterior a 1917. Evidentemente, esta situación está relacionada con el cambio en la política de registro que hemos mencionado, ya que el número de abandonos técnicos registrados en la Inclusa (que en realidad eran depósitos temporales) fue reducido a unas docenas. Este

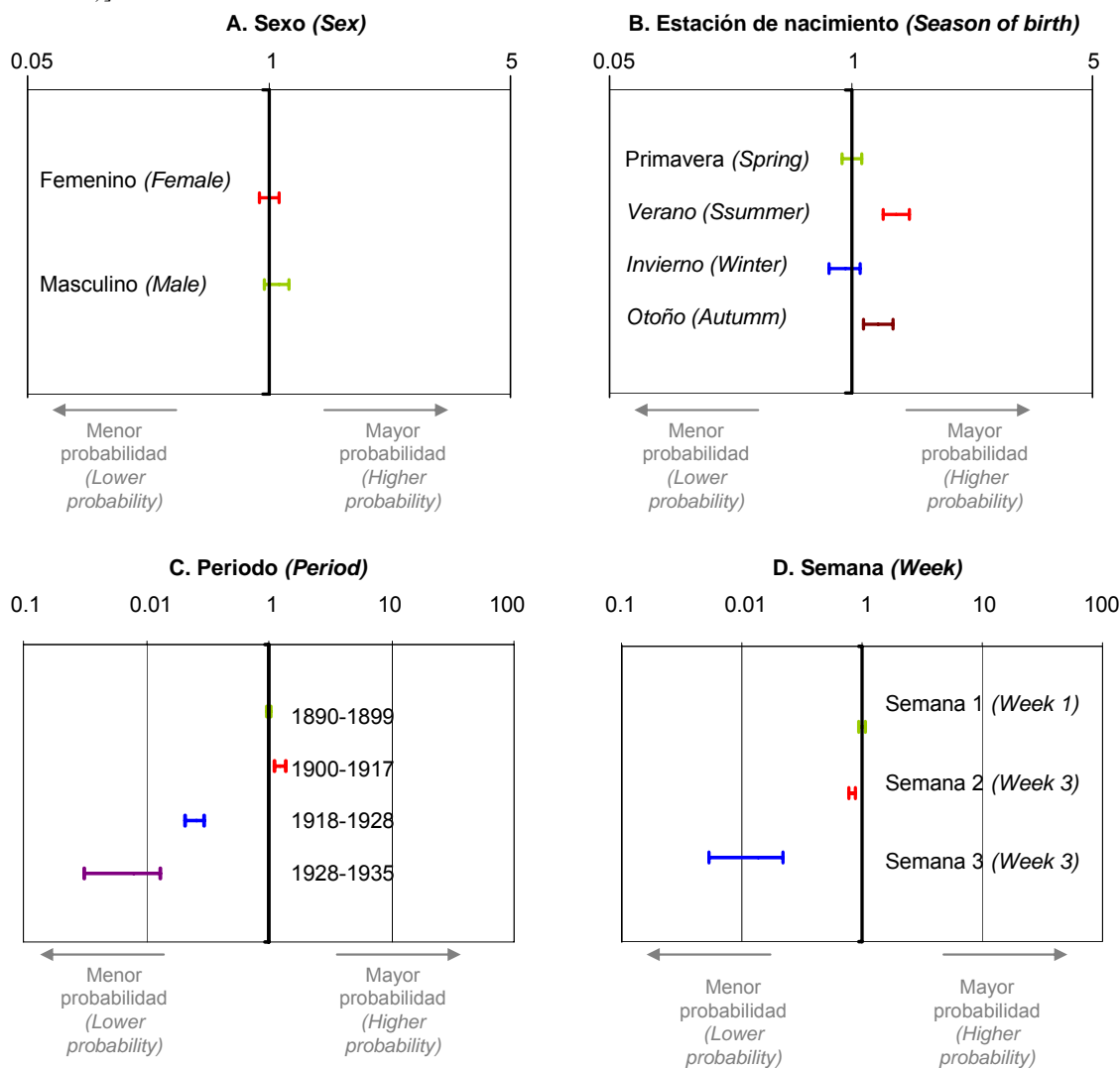
⁷⁹⁵ La representación ha utilizado una escala logarítmica en vez de una escala normal porque los Hazard ratio tienen un rango comprendido entre 0 e infinito por lo que su representación en una escala regular haría que los intervalos de confianza estuvieran descompensados: un incremento sobre la distancia de 1 a 5 en el lado de la derecha del gráfico es equivalente a la distancia de 0.05 por la izquierda. En cualquier caso, para nuestros intereses, el sentido de la diferencia es más importante que el valor numérico específico por lo que sólo hemos discutido ese aspecto de la representación.

⁷⁹⁶ Todos los intervalos se muestran con una confianza del 95%, que es la convención estadística. Es decir, que se puede decir que las diferencias son estadísticamente o no estadísticamente significativas (según el caso) con el 95% de confianza.

cambio de política, además, produjo un cambio en la intensidad del abandono: aun cuando el retorno temprano era mucho más probable en la primera semana de vida para aquellos abandonados antes de 1917, para el periodo posterior la intensidad era máxima en la segunda y la tercera semana debido al retraso de la admisión descrito (resultado de la interacción mostrado en la tabla E.1).

Gráfico 7.5. Probabilidad de experimentar una recogida temprana en función de las variables de control (ajustada por el modelo).

[Graph 7.5. Probability of experiencing an early retrieval according to the control variables (adjusted by the model)].



Regresión logística multivariante. Modelo ajustado exclusivamente para los niños nacidos en Maternidad en el periodo entre el nacimiento y los primeros 21 días. Controlado por: legitimidad, sexo, periodo, semana, estación de nacimiento, origen de la madre, edad de la madre y la interacción de periodo y semana. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda y a la derecha-. Las barras que incluyen el 1 en su rango no muestran diferencias estadísticamente significativas con la categoría de referencia. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

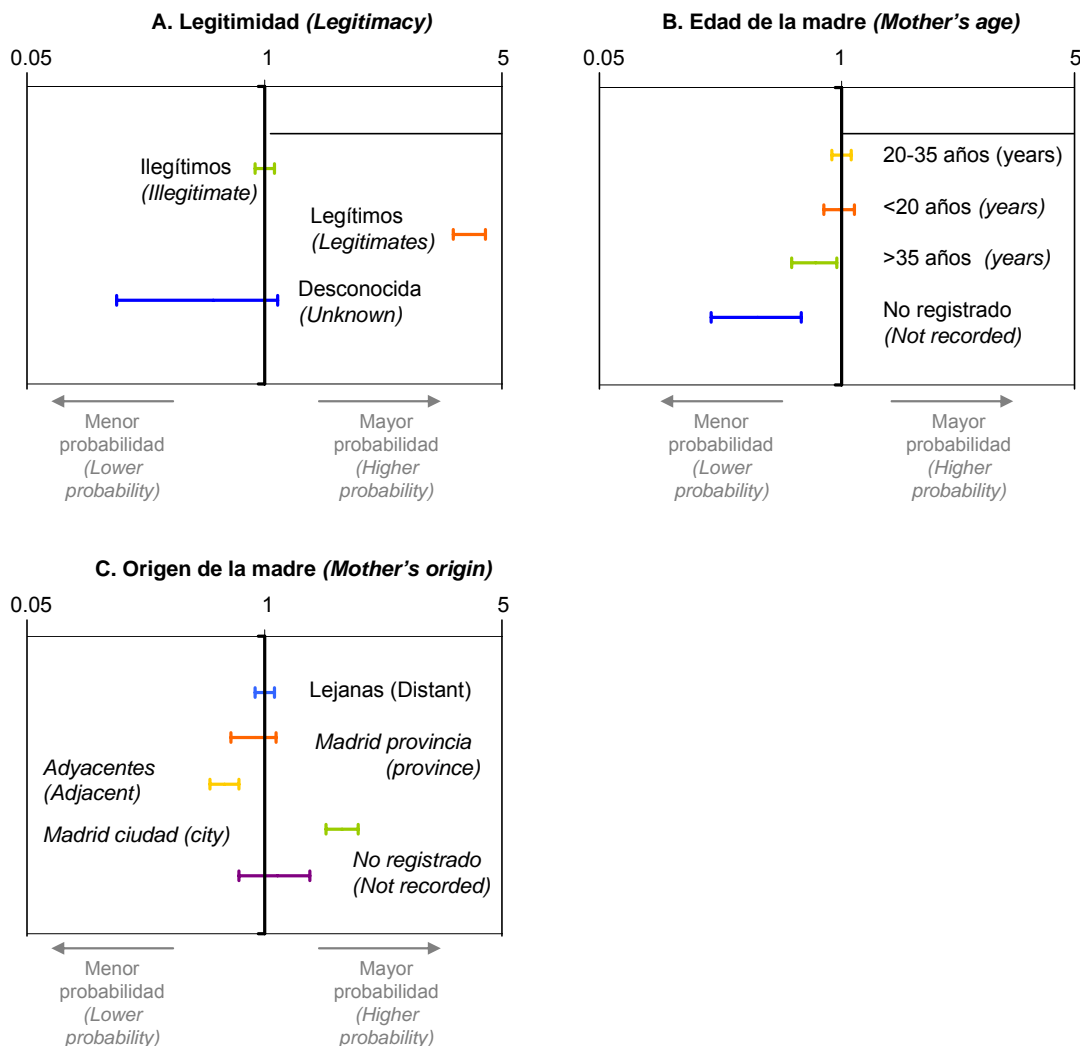
[Multivariate logistic regression. Model adjusted exclusively for children born at the Maternity Hospital and considered between birth and 21 days of life. Controlled by legitimacy, sex, period, week, birth season, mother's origin, mother's age and the interaction between period and week. Logarithmic scale. Bar edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistically significant differences with reference category. Source: ARCM. Own elaboration].

B. Las características maternas

Los resultados de las características maternas se ofrecen en el gráfico 7.6. En primer lugar, los niños legítimos, que eran mucho más reducidos en número, eran aquellos con mayores probabilidades de ser recuperados tempranamente. La probabilidad era hasta casi 3 veces mayor para los legítimos que para los niños ilegítimos mientras que las probabilidades de recuperación temprana de los niños de filiación desconocida eran esencialmente las mismas que las de los ilegítimos. Este hecho demuestra nuestra hipótesis inicial de que el recurso al abandono técnico era una experiencia que afectaba mucho más a menudo a niños de origen legítimo que ilegítimo.

Gráfico 7.6. Probabilidad de experimentar una recogida temprana en función de las variables maternas (ajustada por el modelo)

[Graph 7.6. Probability of experiencing an early retrieval according to the maternal variables (adjusted by model)].



Regresión logística multivariante. Modelo ajustado exclusivamente para los niños nacidos en Maternidad en el periodo entre el nacimiento y los primeros 21 días. Controlado por: legitimidad, sexo, periodo, semana, estación de nacimiento, origen de la madre, edad de la madre y la interacción de periodo y semana. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza $\pm 95\%$ -a la izquierda y a la derecha-. Las barras que incluyen el 1 en su rango no muestran diferencias estadísticamente significativas con la categorías de referencia. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate logistic regression. Model adjusted exclusively for children born at the Maternity Hospital and considered between birth and 21 days of life. Controlled by legitimacy, sex, period, week, birth season, mother's origin, mother's age and the interaction between period and week. Logarithmic scale. Bar edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistically significant differences with reference category. Source: ARCM. Own elaboration].

En segundo lugar, en cuanto a la edad de la madre, podemos ver que los hijos de madres menores de 20 años no tenían probabilidades de ser recogidos muy distintas de aquellos cuyas madres estaban en el rango central 20-35 años, el grupo con mayores probabilidades de recuperación temprana. Tanto los niños cuyas madres declaraban edades superiores a los 35 años o no las declaraban en absoluto tenían probabilidades significativamente inferiores. Esta particularidad puede deberse a una cierta tendencia de las madres de mayor edad a buscar abandonos regulares, es decir, se podría estar produciendo el abandono de los últimos nacidos para limitar el tamaño familiar en mayor medida o trasladar temporalmente el cuidado del último nacido a ésta, lo que reduciría la proporción de mujeres de esa edad de acudir a la institución para el parto. Este último hecho podría estar explicado por la experiencia previa (ya habían tenido otros hijos y disponían de alguna persona de confianza para la asistencia al parto) y, quizá por una menor propensión a las complicaciones que podían llevar a mujeres más jóvenes a la Maternidad.

En tercer lugar, el origen de la madre ofrece un escalonamiento de las categorías: los niños con mayores probabilidades de experimentar una recuperación temprana eran aquellos cuyas madres eran nativas de la ciudad; en segundo lugar estaban los niños cuyas madres procedían de provincias lejanas, de la provincia de Madrid y aquellas sin información sobre origen; y, finalmente, un tercer grupo, con las menores probabilidades de recuperación, compuesto de los nacidos de madres de provincias cercanas. Esto sugiere que, de entre las mujeres que eran admitidas en la Maternidad, las mujeres que tenían un importante conocimiento de la oferta institucional de la ciudad eran aquellas que con más probabilidad harían sólo un recurso a la maternidad. Mientras, aquellas procedentes de las provincias más cercanas, a las que se podría relacionar con planes menos estables en la ciudad, un patrón migratorio temporal con objetivos de retorno al origen serían aquellas menos inclinadas a buscar exclusivamente el parto institucionalizado ya que, en caso de verse en la situación de requerir asistencia, sus necesidades no acaban en la cobertura del parto.

7.3.2.2. La probabilidad de experimentar una recogida regular: los abandonos temporales completados.

Se podría argumentar que, dada la proximidad de nacimiento y recogida, es posible que el perfil de las mujeres que realizaban las recuperaciones tempranas no difiera del de aquellas que tenían intención de realizar un abandono técnico, por lo que nuestro análisis podría extender, con cautela, los resultados del uso a la estrategia. Para el caso de los abandonos regulares que finalmente fueron recuperados por sus madres o familias, la magnitud de nuestro desconocimiento, mostrada en el gráfico 5.2, sugiere la imposibilidad de realizar inferencias generales: la distancia temporal es muy grande, nuestro desconocimiento sobre las circunstancias intermedias (hechos e intenciones) es total y la interferencia de la fuerza de la mortalidad inevitable (así como de una potencial interferencia institucional).

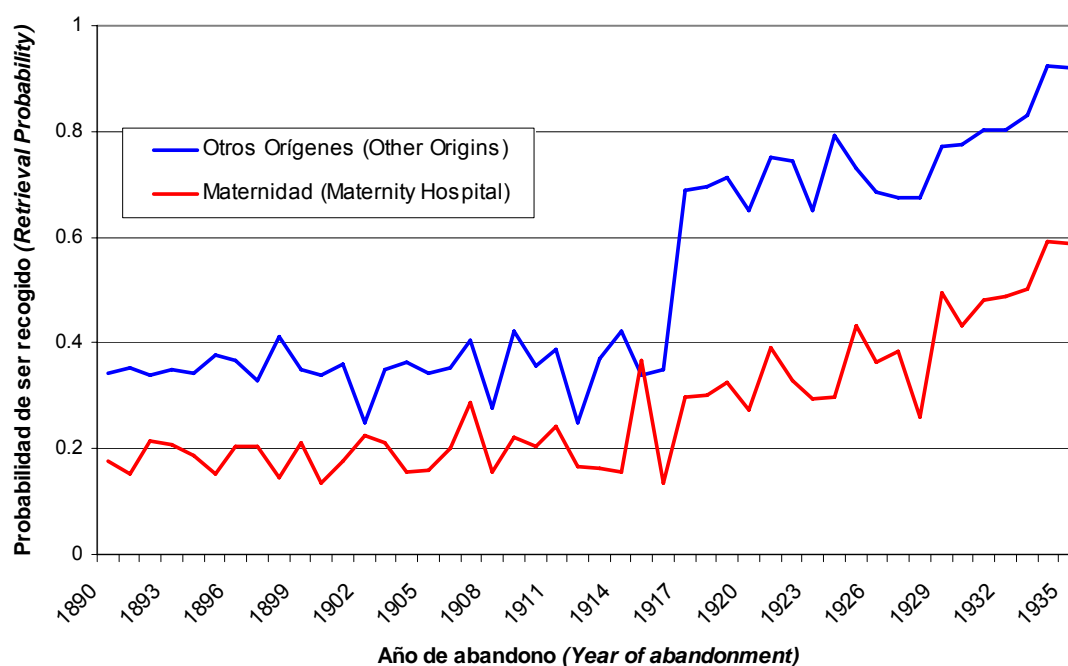
Por tanto, es preciso recordar que el análisis, por su naturaleza, sólo ha capturado los perfiles que favorecían la recuperación que, a su vez, deben entenderse en relación con otros factores discutidos más arriba. En nuestra aproximación, hemos de tener en cuenta dos aspectos adicionales específicos del análisis de las recuperaciones regulares. En primer lugar, a diferencia del caso de los abandonos técnicos, donde la

recuperación era realizada en un 100% por la madre o por los padres en conjunto, en el caso de los abandonos regulares, las recuperaciones no siempre se hacían a manos de las madres aunque éstas seguían siendo los agentes fundamentales (90%). Este hecho debe ser tenido en cuenta ya que en algunos casos, los padres u otros familiares podían ser los responsables. No obstante, por cuestiones de simplicidad, hemos seguido refiriéndonos a las madres, o las familias, como agentes principales.

En segundo lugar, es importante señalar las diferencias entre la recogida de niños de la Casa de la Maternidad y de Otros Orígenes. Como ya hemos justificado, la diferencia de asistencia requerida y posible intencionalidad detrás de ambos tipos de abandonos, sugiere que los admitidos por uno u otro origen configuraban colectivos distintos, que deben analizarse por separado en los modelos. No obstante, es preciso realizar una comparación mínima, aunque sea descriptiva, para ilustrar los dos tipos de trayectorias. Así en el gráfico 7.7 se ha mostrado la probabilidad de ser recuperado en función del lugar de abandono.

Gráfico 7.7. Probabilidad de experimentar una recogida regular a través de la Maternidad y de Otros Orígenes antes de los 7 años.

[Graph 7.7. Probability of experiencing a regular retrieval through the Maternity Hospital and Other Origins up to 7 years].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

Como se puede ver, la probabilidad fue consistentemente mayor para aquellos niños abandonados a través de Otros Orígenes que para aquellos abandonados a través de la Casa de Maternidad. El hecho de que fueran abandonados a través de Otros Orígenes un mayor número de niños con edades superiores a un año y legítimos probablemente juegue un papel importante en la aparición de estas diferencias. Además, se puede apreciar que el incremento del fenómeno apreciable a partir de 1918 no está provocado por el aumento exclusivo de uno de los dos grupos, sino que ambos crecieron. A través de este gráfico se puede apreciar que, mientras el crecimiento de la probabilidad de ser recuperado se incremento paulatinamente para los niños de

Maternidad, para los niños abandonados a través de Otros Orígenes, se aprecia un crecimiento muy importante desde 1918. Esto sugiere, en cierta, medida, nuestra tesis inicial sobre algún tipo de efecto indirecto de la denuncia pública de ese año.

Dado que hemos ajustado los modelos independientemente para cada uno de los dos grupos de orígenes, no existe posibilidad de establecer una comparación formal entre ambos con posterioridad. No obstante, hemos representado en los mismos gráficos los resultados obtenidos de ambos para identificar semejanzas y diferencias en las comparaciones entre las distintas categorías de las variables. De forma análoga al epígrafe anterior, en el anexo se adjunta la tabla completa, E.2, en los gráficos 7.8 y 7.9 se han representado las variables de control de estos modelos (no muy diferentes de las de los casos técnicos) y en el gráfico 7.10 se han consignado las características familiares, que siguen siendo nuestro interés principal.

A. Las variables de control

Entre las variables de control, hemos considerado sexo, edad de admisión, origen específico para aquellos no abandonados a través de Maternidad, envío a lactar, tiempo pasado en la institución y periodo. En este caso, no se ha utilizado la estación de nacimiento o de abandono, ya que no establecía ningún tipo de diferencias, ni por sí sola ni en combinación con las demás.

El sexo del nacido, cuyos resultados se refieren en la sección A del gráfico 7.8, muestra una imagen inesperada, tras la consistente falta de diferencias en función del sexo en la composición del abandono y en la probabilidad de experimentar una recuperación temprana. El resultado de la Maternidad muestra una total ausencia de diferencias, como ocurría con los retornos tempranos, pero los Otros Orígenes muestran una decidida preferencia por el sexo masculino en la recuperación. En una sociedad en la que los varones eran más valiosos en términos económicos y la crianza de éstos no requería una inversión adicional en forma de dote u otra provisión, no es sorprendente encontrar esta diferencia. La percepción familiar sobre el balance entre la contribución y la detracción que suponía un hijo una economía familiar tan empobrecida que había recurrido a la expulsión de un miembro debía ser un factor clave en el momento de la recuperación.

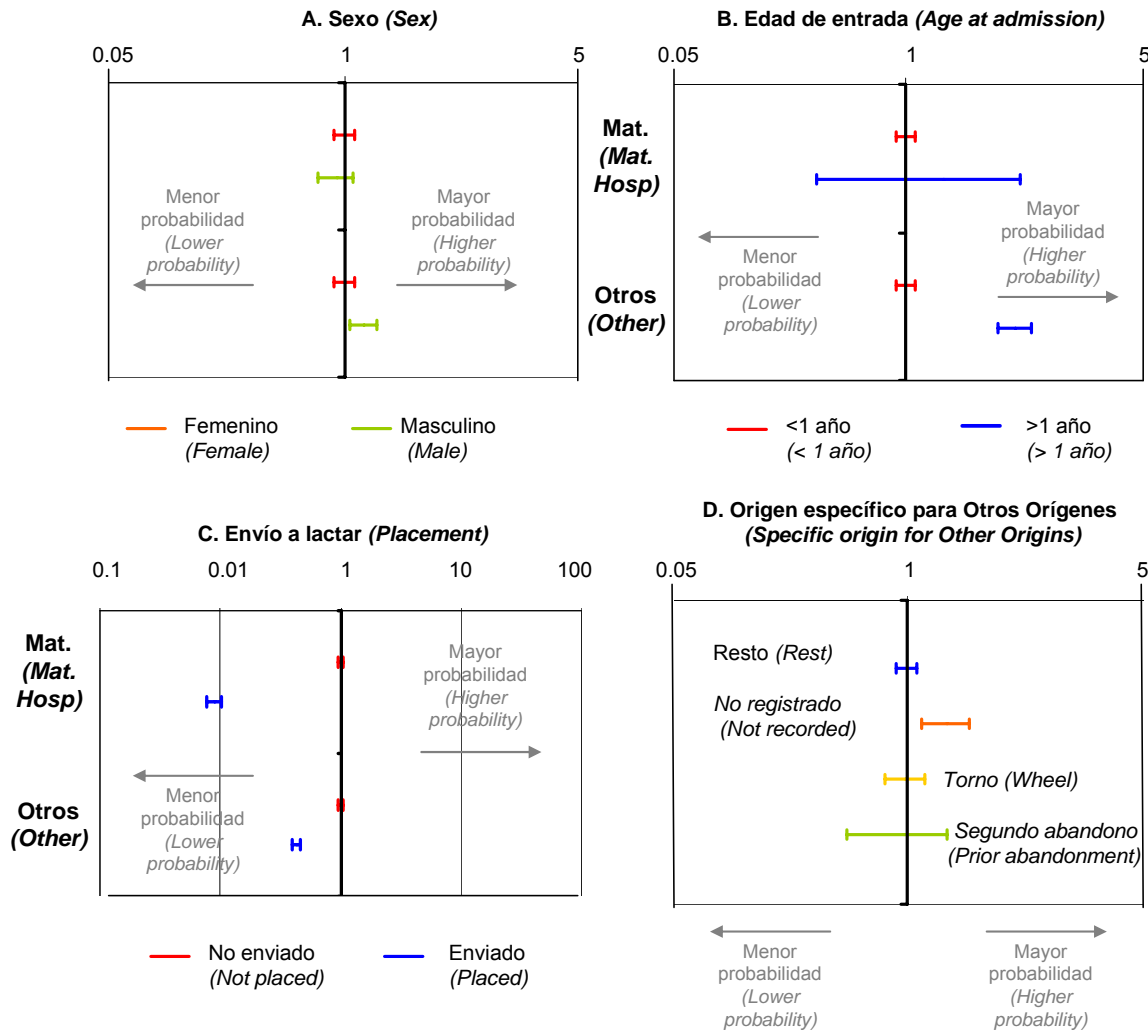
Claramente, la decisión final de recuperación parecía inclinarse hacia los niños en una proporción de casos significativamente mayor. En el caso de las madres abandonando en Maternidad, quizá podemos hipotetizar que la situación de partida no había sido tan desesperada o precisamente el nacimiento y abandono en Maternidad habían contribuido a que no fuera sí, permitiendo que, en el momento del retorno, niños y niñas fueran recogidos por igual. El menor nivel de recuperación de la Casa de Maternidad sugiere precisamente que sólo se recuperaba en una mejor situación por lo que es posible que sólo la extrema pobreza e inestabilidad produjera una influencia visible en la conciencia familiar del valor económico de los hijos.

En cuanto a la edad de la entrada (sección B), la existencia de diferencias entre los niños admitidos con más de 1 año y menos de 1 año sólo aparece en los casos procedentes de Otros Orígenes. Es posible que el reducido número de casos que hacía entrada por Maternidad con una edad superior al año (acompañando a sus madres a dar

a luz) sea muy pequeño y con una variación tan grande que no se puedan establecer relaciones claras. En cualquier caso, si no se encontraba una diferencia en función del sexo, es muy posible que tampoco existiese una diferencia en función de la edad de la entrada.

Gráfico 7.8. Probabilidad de experimentar una recuperación regular en función de las variables de control.

[Graph 7.8 Probability of experiencing a regular retrieval according to the control variables].



Regresión logística multivariante. Modelos ajustados independientemente para los niños nacidos en Maternidad y para los abandonados a través de Otros Orígenes. Periodo de estudio: 21 días a 7 años, dividido en intervalos anuales. Modelo de Maternidad controlado por: legitimidad, sexo, periodo, origen de la madre, edad de la madre, envío a lactar (como tvc), intervalo. Modelo de Otros Orígenes controlado por: legitimidad, sexo, periodo, información sobre la madre, envío a lactar (como tvc), intervalo. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda y a la derecha-. Las barras que incluyen el 1 en su rango no muestran diferencias estadísticamente significativas con la categoría de referencia. Fuente: ARCM. Elaboración propia. [Multivariate logistic regression. Models adjusted independently for Maternity Hospital and Other Origins. Study period: from 21 days to 7 years. Maternity model controlled by legitimacy, sex, period, mother's origin and, mother's age, placement (as a tvc), interval. Other Origins model controlled by legitimacy, sex, period, mother's information, placement (as a tvc), interval. Logarithmic scale. Bar edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistically significant differences with reference category. Source: ARCM. Own elaboration].

Para los niños admitidos a través de Otros Orígenes, sin embargo, podemos entender estas diferencias en función de una pauta diferencial de abandono y recogida. Por un lado, el hecho de que los niños con edades superiores a un año tuvieran mayores probabilidades de ser recogidos que aquellos menores de esa edad tiene una explicación en términos de la inversión materna o familiar. Es posible que la inversión parental, tanto en términos económicos como emocionales, realizada en los hijos durante el

primer año de vida llevara a más madres o familias a recuperarlos, como una forma de no perder completamente la inversión inicial. Esto explicaría, por tanto, la existencia de mayores niveles de recuperación que en los casos en los que el abandono se había producido poco tiempo después del parto, donde el nivel de inversión habría sido mínimo. No obstante, es posible que esta tendencia también esté relacionada con un proceso de selección por salud: los niños que entraban a la institución con más de un año de vida habían sobrevivido ya al periodo más crítico de su vida, la infancia, por lo que naturalmente tenían probabilidades mayores de seguir vivos si sus madres llegaban a recogerlos.

El envío a lactar de los niños se ha incluido en el análisis por su importancia en la trayectoria vital de los expósitos (y en la probabilidad de morir) pero no es un indicador directo del tratamiento en la institución sino el resultado de varios procesos, ya mencionados. Como ya hemos comentado en detalle, el sistema tendía a enviar a lactar a todos los niños con nodrizas externas durante los primeros meses de vida en la institución pero ese proceso estaba interferido por las intenciones futuras. Las madres que daban a luz en la Casa de Maternidad (pero también, muy probablemente, aquellas que abandonaban a través de Otros Orígenes) podían requerir que se mantuviera a sus hijos en las instalaciones de la Inclusa sin ser enviados a lactar si pretendían recuperarlos, de acuerdo con los reglamentos. Además, otros problemas institucionales, procesos desconocidos para el observador actual y no necesariamente relacionados con la conducta materna, como la escasez de nodrizas, podían estar en funcionamiento, por lo que es difícil precisar el significado específico de esta variable.

En este aspecto, existe un acuerdo absoluto entre la situación de los niños de Maternidad y de Otros Orígenes: ser enviado a lactar, aun cuando mejoraba sensiblemente las probabilidades de supervivencia, disminuían las probabilidades de ser recuperado. Esta situación podía deberse a que una importante parte de las recuperaciones tenía lugar relativamente poco después del abandono y que el resto de casos ocurrían después de ser enviados a lactar pero, en mucha menor medida que los que habían sido conservados en la institución. Cuanto más tiempo pasaba y el niño era enviado a un pueblo, la recuperación era más difícil: la nodriza podía objetar a su devolución y era posible la pérdida del niño por cambios entre nodrizas no autorizados, además de los riesgos propios de la salud infantil.

En cuanto a la heterogeneidad de procedencias dentro del grupo de Otros Orígenes, las distintas formas de admisión podrían implicar diferentes probabilidades de retorno, si la elección de unas u otras implicaba intenciones o circunstancias divergentes que podrían redundar en una variable capacidad de enfrentarse a la recuperación. La introducción de esta previsión controla la heterogeneidad de este grupo de niños y confirma la existencia de dos patrones: aquellos niños con algún origen descrito y aquellos para los que no se había dejando ninguna información. La falta de información sobre el origen no se traducían en una penalización de la probabilidad de recuperación de estos niños, sino todo lo contrario. Esta situación puede estar relacionada con la cronología, ya que el predominio de los casos sin origen registrado tuvo lugar en la segunda mitad del periodo por lo que quizá esté representando más una división cronológica que del contexto de origen.

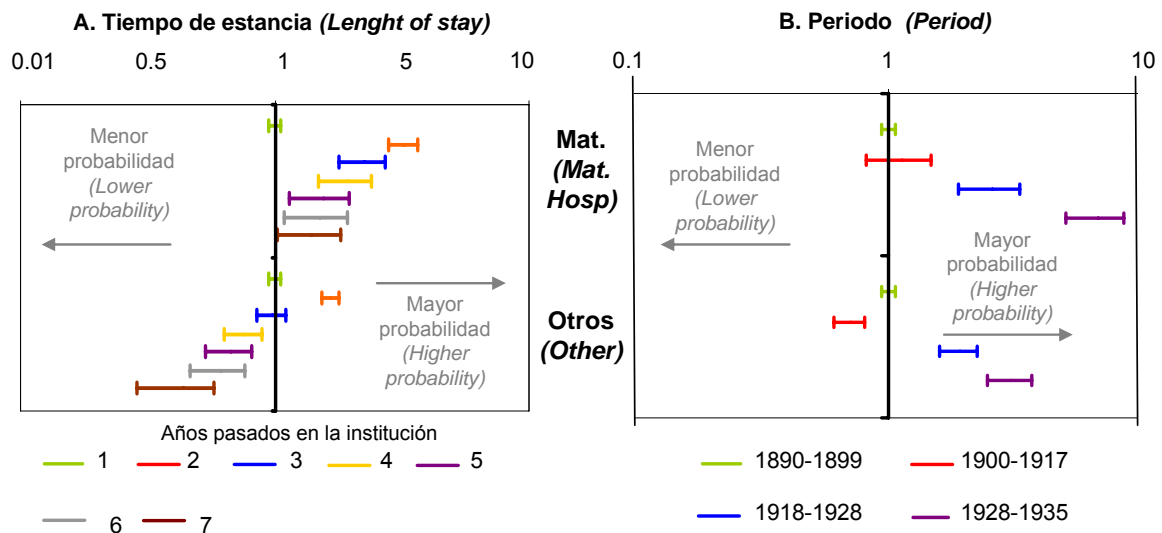
Hemos incluido también el periodo y el tiempo pasado en la institución explícitamente por lo que esta variable sólo está recogiendo un efecto residual. En la

sección B del gráfico 7.9 vemos claramente como para ambos Orígenes desde 1918 la probabilidad de ser recuperado se incrementó notablemente, estableciéndose tres fases estadísticamente distintas: 1890-1917, 1918-1928 y 1929-1935. La única diferencia entre Otros Orígenes y Maternidad es el papel del periodo 1900-1917 que implicó probabilidades de recuperación particularmente bajas para los niños admitidos a través de Otros Orígenes, descendiendo incluso por debajo de los niveles de 1890-99. No obstante, la recuperación fue muy importante y, como muestra el gráfico, siguió el mismo patrón que la Maternidad a partir de entonces.

Finalmente, en cuanto al tiempo pasado en la Inclusa, los dos tipos de orígenes sí que presentan perfiles radicalmente distintos. Como ya hemos mencionado, la recuperación era mucho más probable para aquellos abandonados a través de Otros Orígenes que de la Maternidad y los modelos se han ajustado independientemente por lo que sus diferencias no son directamente comparables en cuanto al nivel de recogida sino a la estructura temporal. La característica común de ambos es el momento de máxima intensidad de la recuperación: durante el segundo año de estancia en la institución (que, en la mayor parte de los casos correspondería también con el segundo año de vida) pero eso implicaba distintos niveles de recogida para ambos (mucho más elevados el los Otros Orígenes, probablemente). Esta situación sugiere que una tendencia a esperar al transcurso del primer año de vida, el más costoso en términos de atención a la infancia, por la dependencia total de la madre, para efectuar la recuperación.

Gráfico 7.9. Probabilidad de experimentar una recuperación regular en función de variables de control adicionales.

[Graph 7.9. Probability of experiencing a regular retrieval according to additional control variables].



Regresión logística multivariante. Modelos ajustados independientemente para los niños nacidos en Maternidad y para los abandonados a través de Otros Orígenes. Periodo de estudio: 21 días a 7 años, dividido en intervalos anuales. Modelo de Maternidad controlado por: legitimidad, sexo, periodo, origen de la madre, edad de la madre, envío a lactar (como tvc), intervalo. Modelo de Otros Orígenes controlado por: legitimidad, sexo, periodo, información sobre la madre, envío a lactar (como tvc), intervalo. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda y a la derecha-. Las barras que incluyen el 1 en su rango no muestran diferencias estadísticamente significativas con la categorías de referencia. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate logistic regression. Models adjusted independently for Maternity Hospital and Other Origins. Study period: from 21 days to 7 years. Maternity model controlled by legitimacy, sex, period, mother's origin and, mother's age, placement (as a tvc), interval. Other Origins model controlled by legitimacy, sex, period, mother's information, placement (as a tvc), interval. Logarithmic scale. Bar edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistically significant differences with reference category. Source: ARCM. Own elaboration].

Después de ese segundo año de estancia, los perfiles varían radicalmente entre ambos orígenes. Para el Caso de la Maternidad, la recuperación sigue siendo bastante importante y siempre superior a la que se producía en aquellos conservados sólo un año. Sin embargo, para el caso de los niños de Otros Orígenes, si la recuperación no se producía durante su segundo año en la institución, sus probabilidades disminuían a un nivel similar al primer año durante el tercer año y a probabilidades inferiores en los cuatro años restantes. Esto sugiere que el patrón de recogida de las madres que abandonaban a través de la Casa de Maternidad era mucho más paulatino, a partir del segundo año, quizá en función del momento en que la situación en la que se encontraban mejoraba lo suficiente para permitirles recuperar a su hijo. Mientras, para aquellos abandonados a través de Otros Orígenes, la intensidad sugiere que los tres primeros años eran bastante importantes pero que, si la solución a la crisis que había motivado el abandono no se había solucionado (en un sentido amplio del término) para entonces, las posibilidades de que se solucionara eran muy limitadas.

B. Las características maternas

Las características de los niños o del abandono nos han permitido hacernos a la idea de algunos aspectos relacionados con la conducta o práctica de las familias pero no completan todos los factores explicativos de la recuperación. Por lo tanto, es preciso abordar, finalmente, los posibles efectos directamente vinculables a la familia que podrían explicar las diferencias en la probabilidad de ser recuperado, es decir las variables que informen específicamente sobre las características de la madre y su registro de información en el momento del abandono.

En el gráfico 7.9 hemos recogido los resultados, controlados por el resto de variables anteriores, del efecto de la legitimidad para Otros Orígenes y Maternidad, la edad y naturaleza de la madre para aquellos niños abandonados a través de la Casa Maternidad y una variable creada combinando la información de esas dos para los niños admitidos a través de Otros Orígenes.

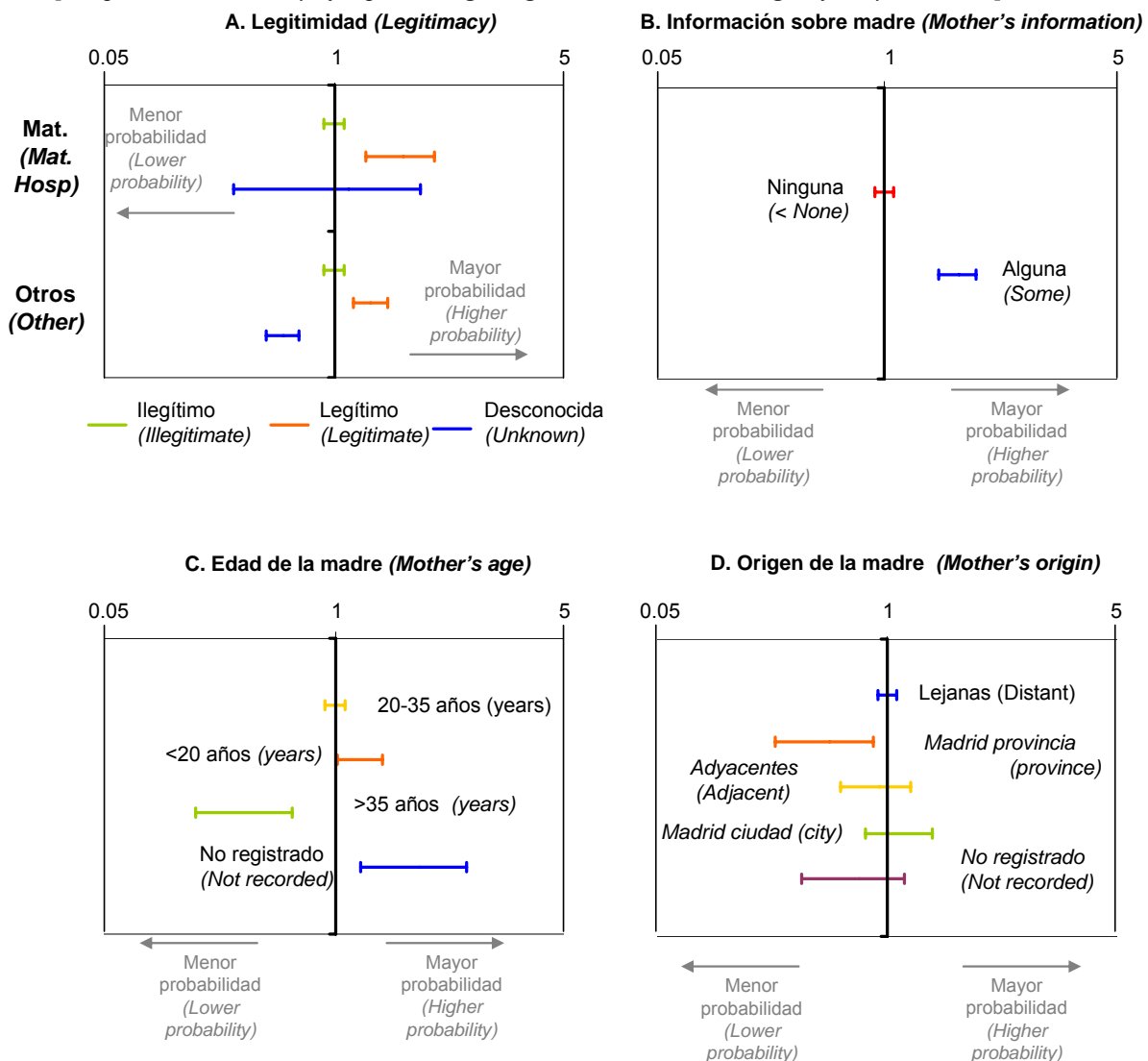
La filiación de los niños, como era esperable, ofrece una imagen completamente en consonancia con la historiografía previa. Existía una mayor probabilidad de recuperación para aquellos niños de origen legítimo que para los ilegítimos, que puede observarse claramente en la sección A tanto para Maternidad como para Otros Orígenes. Como hemos visto el tipo de crisis que podían llevar al abandono, debía tener una naturaleza coyuntural para los abandonos legítimos mucho más frecuentemente que en el caso de los abandonos ilegítimos. Es importante señalar que el hecho de que la probabilidad de ser recogido de un niño ilegítimo fuera mucho menor que la de un legítimo, no supone que no hubiera recogida de niños ilegítimos. Siempre inferior a la proporción de niños legítimos, no obstante, generalmente implicaba cifras totales que superaban las de legítimos.

El caso de los abandonos de filiación desconocida es particular ya que representa un ámbito más de diferencia entre los abandonos de Maternidad y Otros Orígenes. Así, mientras en la Maternidad, la ventaja comparativa entre los distintos grupos de niños radicaba exclusivamente en la legitimidad, para los Otros Orígenes las probabilidades de aquellos con legitimidad no reportada eran mucho menores que las de los ilegítimos. Este hecho podría estar relacionado con la relación entre la intencionalidad del

abandono y el reporte de información a la institución. Dado que para los niños abandonados a través del torno, dejar información referente al abandono era una acción exclusivamente dependiente de la voluntad materna, se podría relacionar esta falta de registro con una muestra de indiferencia materna sobre el futuro del niño. Dado que, precisamente, la información sobre nombres y apellidos y filiación ha sido la utilizada para construir nuestro indicador de legitimidad (ver epígrafe 5.2.1.2, capítulo 5) y que esa información era prioritaria para realizar la identificación y recuperación, se podría concluir que la capacidad predictiva de la falta de registro de información estaba relacionada con una actitud específica de la madres hacia el abandono y las posibilidades de recuperación futura.

Gráfico 7.10. Probabilidad de experimentar una recuperación regular en función de las variables familiares

[Graph 7.10. Probability of experiencing a regular retrieval according to family variables]



Regresión logística multivariante. Modelos ajustados independientemente para los niños nacidos en Maternidad y para los abandonados a través de Otros Orígenes. Periodo de estudio: 21 días a 7 años, dividido en intervalos anuales. Modelo de Maternidad controlado por: legitimidad, sexo, periodo, origen de la madre, edad de la madre, envío a lactar (como tvc), intervalo. Modelo de Otros Orígenes controlado por: legitimidad, sexo, periodo, información sobre la madre, envío a lactar (como tvc), intervalo. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al 95% -a la izquierda y a la derecha-. Las barras que incluyen el 1 en su rango no muestran diferencias estadísticamente significativas con la categorías de referencia. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate logistic regression. Models adjusted independently for Maternity Hospital and Other Origins. Study period: from 21 days to 7 years. Maternity model controlled by legitimacy, sex, period, mother's origin and, mother's age, placement (as a tvc),

interval. Other Origins model controlled by legitimacy, sex, period, mother's information, placement (as a tvc), interval. Logarithmic scale. Bar edges show 95% confidence intervals –left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistically significant differences with reference category. Source: ARCM. Own elaboration].

Esta explicación entronca perfectamente con la ofrecida para los Otros Orígenes para el resto de características familiares, que se han agrupado bajo la variable “Alguna información” y representado en la sección B del gráfico. Como se puede ver, la probabilidad de ser recuperado para aquellos niños cuyas madres dejaron alguna información personal en el abandono, independientemente de si se reportaba su legitimidad o no, era significativamente mayor que la de aquellos cuyas madres no habían dejado ninguna información. Vemos que el mismo proceso, quizá falta de intencionalidad o conciencia de que la posibilidad de realizar una recuperación era remota, debía estar detrás de ambos tipos de falta de registro.

Afortunadamente, para los niños procedentes de la Casa de Maternidad podemos explorar los determinantes familiares de su recuperación con un mayor detalle. En primer lugar, la edad de la madre tiene una relación inversa con la probabilidad de ser recuperado. Es decir, conforme aumentaba la edad de la madre, la probabilidad de que un niño fuera recuperado era menor. Así, las que más probabilidades tenían de recuperar a sus hijos eran las madres más jóvenes (menores de 20), que eran significativamente distintas de aquellas en el rango central de 20 a 35 que, a su vez, mostraban más probabilidades de recuperar que las mayores de 35 años. Los casos con falta de información tienen un comportamiento completamente distinto al mostrado en los Otros Orígenes. Aquellos niños cuyas madres no declararon la edad tenían las mismas probabilidades de recuperar a sus hijos que las más jóvenes, sugiriendo, posiblemente, que no podemos generalizar la hipótesis anterior al caso de la Maternidad, donde el registro de la información no dependía de una manera tan importante de la voluntad materna y podía estar afectado por otros efectos ajenos a ésta.

El caso de las elevadas probabilidades en mujeres jóvenes puede representar el de aquellas para las que el acceso temprano a la maternidad posiblemente tuviera lugar en una situación de elevada vulnerabilidad familiar y económica que pudieran solventar, quizá con el matrimonio. Como ya se ha anticipado al hablar de las recuperaciones tempranas, el caso de las mujeres de mayor edad puede representar el recurso a la Inclusa como medio de reducción o limitación del tamaño familiar por parte de familias que no podían acoger a un niño más en los exhaustos recursos de la unidad familiar. En este último caso, la edad también nos podría informar sobre la salud de la madre. Aunque no disponemos de la información de paridad, que es complementaria y permitiría perfilar nuestra hipótesis, podemos sugerir que es posible que las mujeres más maduras, cerca ya del fin de su carrera reproductiva y con un importante número de partos, fueran mucho más vulnerables, debido a un proceso de agotamiento fisiológico producido por el esfuerzo reproductivo y, por tanto, fuera más probable que murieran en contra de lo que ocurriera con las mujeres más jóvenes⁷⁹⁷.

Finalmente, en cuanto a las probabilidades de recuperación en función del origen de la madre, la imagen que muestra la sección D del gráfico sugiere que todas las

⁷⁹⁷ Aunque existe un peligro intrínseco en el primer parto de una mujer por la falta de adecuación del cuerpo al proceso de gestación pero, en general, se ha descrito una mayor importancia de los efectos negativos sobre la salud femenina de un elevado número de hijos. Sobre la relación de la dimensión y cronología de la vida reproductiva de una mujer y su longevidad, el texto clásico es ALTER, G., DRIBE, M., y VAN POPPEL, F.: “Widowhood, family size, and post-reproductive mortality: a comparative analysis of three populations in nineteenth-century Europe” en *Demography* nº 44 (4), 2007.

mujeres que abandonaban niños a través de la Maternidad tenían probabilidades similares de recuperarlos, fueran el resultado de similitud de intenciones y acciones o diferencias compensadas en ambos. Sólo habría una excepción: aquellos niños nacidos de mujeres provenientes de los pueblos de la provincia de Madrid. Esto sugiere que, o bien existía un patrón de recurso diferencial, por ejemplo, derivado de la razón por la que acudían a la ciudad, o esa misma forma de adscribirse a la ciudad dificultaba la superación de la situación que había llevado al abandono. Se podría sugerir que quizá el abandono permanente podía ser primordialmente un uso de las mujeres provenientes de estos lugares, mientras que para las otras procedencias, los recursos estarían más distribuidos. Quizá su propia cercanía de origen a la ciudad determinaba en un patrón de retorno programado a su lugar de origen mucho más marcado que en los otros colectivos que podía impedirles llevarse a sus hijos; o un uso de la institución puntual, viajando poco antes del parto y regresando a su lugar original poco después. No obstante, es importante no olvidar la posibilidad de que existieran obstáculos de distinto tipo a la recuperación para mujeres de distintas procedencias.

Así, el análisis de estas distintas variables sugiere que existían dos patrones distintos en el recurso a la institución, respaldando nuestra aproximación de mantener ambos separados: los resultados obtenidos sobre el sesgo sexual, la intensidad y la información de la madre sugieren que las madres abandonando a través de la Maternidad recuperaban a sus hijos sólo cuando habían obtenido una posición estable, que les permitía recuperarlos en cualquier condición mientras que las madres que abandonaban a través de Otros Orígenes parecían hacerlo en cuanto la parte más extrema de la crisis había desaparecido, pese a que hubieran quedado en una situación inestable y que no les permitiera llevarlo a cabo en las mismas condiciones que lo hacían las de Maternidad. Esto entronca con el hecho de que se producía una mayor proporción de recogidas regulares entre los niños procedentes de Otros Orígenes que entre los abandonados a través de Maternidad, insistiendo sobre nuestra teoría.

RESUMEN CAPÍTULO 7

El abandono ha sido tradicionalmente equiparado con la liberación de la carga del hijo ilegítimo de la mujer soltera que, tras deshacerse del “fruto de su deshonor”, podía volver al “camino del honor”. No obstante, el uso de las instituciones de recogida de expósitos con un horizonte temporal en mente y el incremento del porcentaje de niños legítimos abandonados desde el siglo XVIII sugiere que el abandono significaba más cosas. Junto a la liberación de la carga del hijo ilegítimo, el abandono sirvió para liberar otras: la de la viuda, la de la madre sin leche, la de la familia en crisis, etc. Con el tiempo, estos usos cobraron mayor importancia (incluso para las propias madres solteras), consagrando la función asistencial de estas instituciones. Así, crecientemente los niños admitidos a la Inclusa no estaban destinados al abandono definitivo.

El objetivo de este capítulo ha sido abordar el estudio de la recuperación de padres dentro de la consideración de las trayectorias expósitas. La sección 7.1. ha descrito el contexto de esta recuperación, repasado la evolución cronológica del fenómeno y las posibilidades de su estudio. Abandonar niños sin perder la patria potestad y, por tanto, poder recuperarlos no fue posible hasta principios del siglo XIX. La Junta de Damas pidió al rey que se estableciera una excepción en el caso de miseria extrema al artículo de la Real Cédula de 1796 que regulaba el abandono y la pérdida de la patria potestad. Desde entonces, la Junta fue la responsable de tramitar las peticiones de recogida y velar por el bienestar del niño decidiendo su devolución.

La mayor parte de la historiografía que ha dedicado su atención a la recuperación ha utilizado los expedientes de reclamación tramitados que ofrecen una rica información sobre ese colectivo. Para la Inclusa de Madrid, no se puede realizar ese análisis dado que esa información no está correctamente organizada y ofrece problemas de selección ya que se encuentra mezclada entre la correspondencia. No obstante, dada la disponibilidad de cierta información familiar sobre todos los expósitos en los Libros de Entrada se puede tratar de hacer un análisis de la probabilidad de experimentar esa recuperación que puede aportar novedades al estudio del fenómeno.

La sección 7.2 ha iniciado el análisis desde el plano agregado. En primer lugar, se ha destacado la importancia relativa de las recuperaciones tempranas (según nuestra aproximación, eran abandonos técnicos) (gráfico 7.1). Dada su distinta naturaleza, se ha diseñado un sistema de análisis longitudinal en dos bloques que permite capturar los dos fenómenos independientemente: de 0 a 21 días para determinar las recuperaciones tempranas y de 21 hasta los 7 años para las recuperaciones regulares (gráfico 7.2). El uso de medidas longitudinales frente a los porcentajes ha permitido obtener una imagen muy distinta de la prevalencia de la recuperación. Si se observan los porcentajes, sólo un número relativamente pequeño de cada generación de niños abandonados tuvo como destino final la recuperación (10% hasta 1917, incremento al 20% en 1923 y alcanzando el 40% en 1935). No obstante, al observar las probabilidades de ser recuperado antes del quinto año de estancia en la institución, si el niño seguía vivo y bajo la autoridad de la institución, las cifras alcanzan prácticamente el doble (gráfico 7.3). Es decir, los porcentajes, al considerar a todos los niños, incluso los que no se podían recoger porque ya habían muerto, subestiman la probabilidad real de experimentar una recuperación.

Una vez consideradas las dimensiones globales del fenómeno en la sección 7.3 hemos realizado nuestros análisis desde el punto de vista individual. En primer lugar, hemos descrito un marco teórico exploratorio para comprender de forma conjunta el recurso médico a la institución, el abandono permanente y abandono temporal. Para ello, hemos considerado varios factores relacionados con las circunstancias familiares (afectadas a su vez por el contexto social, económico y patológico) que determinaban tanto la crisis que llevaba a la admisión del niño a la Inclusa como las posibilidades de superación de ésta (gráfico 7.4). Existen muchos factores y circunstancias que desconocemos, confirmando la necesidad de ajustar la inferencia. Es decir, aquellos niños finalmente recuperados por sus madres o familias eran sólo una parte, los casos de éxito, de todos los que tenían originalmente una intencionalidad temporal.

En segundo lugar, hemos realizado una aportación adicional novedosa sobre los niños recuperados: el análisis de los factores maternos que aumentaban o disminuían las probabilidades de un niño de ser recuperado. Estos análisis se han realizado a través del análisis e historias de eventos en tiempo discreto. Hemos estudiado las diferencias en la probabilidad de que un niño experimentara una recuperación temprana o regular en dos grupos de modelos. El objetivo fundamental ha sido estudiar las características maternas (estado civil de la madre expresado en la legitimidad del niño; edad y naturaleza de la madre para los nacidos en Maternidad; e información dejada por la madre para aquellos abandonados a través de Otros Orígenes). Estos análisis han sido controlados por otros factores relacionados con el niño y el abandono que podrían interferir en la estimación (sexo, edad de entrada, estación de abandono, periodo cronológico y número de semanas/años que el niño permanecía en la institución).

Para las recuperaciones tempranas, nuestro análisis nos permite enunciar las características que diferenciaban a las madres que realizaban un abandono técnico de aquellas que realizaban un abandono regular. Las variables de control tenían un efecto que nos remite a los patrones descritos en el capítulo 5 para los abandonos técnicos. El nacimiento en verano favorecía significativamente la recuperación pero el sexo no era importante. En cuanto a las características estructurales, como ya se ha descrito, el fenómeno experimentó la máxima elevación en el periodo 1900-1917 y durante la primera semana de vida, ambos significativamente (gráfico 7.5). En cuanto al efecto de las características maternas, se ve claramente que ser legítimo, que la madre fuera nativa de la ciudad y su edad menor que 35 años favorecían significativamente la recuperación temprana (en vez de ser abandonos regulares) (gráfico 7.6).

Para las recuperaciones regulares, el análisis nos permite describir las características que destacaban en aquellas madres que conseguían recuperar a sus hijos de aquellas que no lo intentaban o no lo conseguían. El análisis se ha dividido en función del origen. Las variables de control ofrecen una imagen diferente en función del origen (sexo, edad de entrada y tiempo de estancia) y divergente de la de las recuperaciones tempranas (gráficos 7.8 y 7.9). Al observar las características de las madres, las diferencias se agudizan: pese a que los niños legítimos tenían más probabilidades de ser recuperados en los dos orígenes, encontramos una mayor probabilidad de ser recogido para aquellos abandonados a través de Otros Orígenes. Para estos niños, la presencia de información adicional dejada por la madre aumentaba sus probabilidades de ser recuperado. Los de Maternidad tenían mejores probabilidades de recuperación si sus madres eran menores de 35 años y si no procedían de las provincias aledañas a Madrid (gráfico 7.10).

Estos análisis sugieren un tipo de perfiles de madres y familias muy distintos entre aquellas que recurrían al uso médico de la institución y al abandono regular. Pero también existen importantes diferencias entre aquellas madres que lograban realizar una recuperación regular entre aquellas en función del origen del abandono. Las de Maternidad recuperaban a sus hijos sólo cuando habían obtenido una posición estable, que les permitía recuperarlos en cualquier condición. Mientras, las madres que abandonaban a través de Otros Orígenes parecían hacerlo en cuanto la parte más extrema de la crisis había desaparecido.

SUMMARY CHAPTER 7

Infant abandonment has been equalled with the release of a burden: a single woman, after ridding herself of the “fruit of her disgrace”, could return to the path of virtue. However, the use of the institutions for the care of foundlings with only a temporary horizon in mind and the increase in the number of admissions of legitimate children from 18th century onwards, suggests that abandonment had other meanings too. Along with releasing unwed mothers’ burdens, abandonment allowed the release of other burdens: that of the widow, mother with no milk to breastfeed, of families in dire need because of the onset of disease or economic crisis, etc. With time, these uses acquired a larger importance (even for single women), establishing an assistance function for these institutions. Thus, increasingly not all children left at the FHM were destined to permanent abandonment.

The aim of this chapter has been to address retrieval by parents as part of foundling trajectories. Section 7.1 has described the context where retrieval took place, summarizing the chronological evolution of the phenomenon and its study. Abandoning children without losing parental authority and, thus, retrieving them afterwards was not possible until the beginning of 19th century. The Board of Ladies of the FHM asked the King, for cases of extreme poverty, to waive the article in the 1796 Royal Charter where loss of parental authority was the direct consequence of abandonment. From that moment onwards, the Board was responsible of processing retrieval requests and, deciding upon them, always under the light of children’s wellbeing.

Most of the literature engaged with retrieval has done so focusing on the retrieval request files, which offer very rich information about that group of children. For the FHM, we cannot do that properly as the information is not correctly organized and is scattered among the general correspondence, which presents selection problems. However, as we have certain maternal information about foundlings available for most of the children, we can analyse the probability of experiencing retrieval, which in its turn can offer novel information about the phenomenon.

Section 7.2 has started the analysis from the aggregated level. First, we have outlined the relative importance of early retrievals that, according to our approach, were actually “technical” abandonments (graph 7.1). Given that they were different in nature and evolution, we have designed a longitudinal analysis in two stages that allows us to capture the two phenomena individually: retrieval from 0 to 21 days, to determine early retrievals; and from 21 days to 7 years, to identify regular retrievals (graph 7.2). The use of longitudinal measures versus the traditional percentage computations has allowed us to see a very different image of the prevalence of retrieval. If we observe the percentages, only a relatively small number of children in each generation of foundlings had retrieval as the final outcome (10% in 1917, rising to 20% in 1923 and 50% in 1935). However, if we look at the probabilities of being retrieved before the 5th year of life, providing the child was still alive and under the institution’s tutelage, the probabilities were double (graph 7.3). This means that as percentages consider all children, even those that could not be retrieved because they were dead, the true prevalence of the phenomenon is underestimated.

Once the overall dimension of the phenomenon has been considered, section 7.3

has focused on analyses from the individual level perspective. Firstly we have described an exploratory theoretical framework to understand the recourse to the institution for delivery, for permanent abandonment, or for temporary abandonment. In order to do that, we have considered some factors related to family circumstances (conditioned additionally by the social, economic and pathological context), that determined the crisis triggering a child's admission to the FHM, as well as the probabilities of overcoming it (graph 7.4). Clearly, there is a large number of factors unknown to us so we need to adjust our level of inference. This means that children finally retrieved by their mothers or families were only a small part, the success stories, from all those that had originally had only a temporary intention.

Secondly, we have performed an innovative analysis of retrieved children: we have analyzed the maternal factors that increased or decreased the probability of a child being retrieved. These analyses have been performed through discrete-time event history analysis. We have analyzed the probability of experiencing an early or regular retrieval in two sets of models. The main aim was to test the effect of maternal characteristics (maternal marital status expressed as child legitimacy; maternal age and origin for children born in the MH; and information left by the mother for children abandoned through Other Origins). We have controlled for the effect of other factors related to child and to abandonment that could interfere with estimations (sex, age at admission, season of abandonment, period and weeks/years the child spent in the institution).

For early retrieval, our analysis allows us to state the characteristics that differentiate women performing a technical abandonment from those performing a regular abandonment. Control variables support the patterns described for technical abandonment in chapter 5. Birth in summer favoured significantly early retrieval but sex was not important. Structural characteristics suggest maximum intensity of the phenomenon in the period 1900-1917 and during the first week of life (graph 7.5), both significant. Regarding maternal characteristics, being legitimate, having a native mother and with age lower than 35, were significantly favourable for children to be retrieved early (instead of being regular abandonments) (graph 7.6).

For regular retrievals, the analysis helps us describe characteristics of women who could successfully manage to retrieve their children, compared with those who never tried or could not manage. The analysis has been divided according to origin for the difference in the maternal information registered, the possible different use by origin having been already mentioned. Control variables offer a slightly different view from early retrieval (graphs 7.8 and 7.9). When looking at maternal characteristics, the differences are larger: although legitimate origin was favourable in both origins, those abandoned through Other Origins had much more probabilities of being retrieved. The latter increased their retrieval probabilities if mothers had left any additional information at birth. MH-born children were significantly more likely to be retrieved if their mothers were younger than 35 years, had not left information about their age and did not come from provinces surrounding Madrid (graph 7.10).

These analyses suggest very different mothers and families, women making a medical use of the institution or abandoning. However, there are also important differences between mothers who did manage to make a regular retrieval according to the means of admission. Mothers from Maternity seemed to retrieve their children when

they had achieved a stable position (or only from stable positions). At the same time, mothers abandoning children through Other Origins seemed to retrieve them only when the most extreme part of the crisis had subsided, although they had not regained their stability completely, which did not allow them to make use of this recourse in the same way Maternity mothers did.

CAPÍTULO 8. LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN LA INCLUSA

La elevada mortalidad experimentada por los expósitos en todos los contextos y a lo largo del tiempo es una de las razones que ha atraído a la historiografía al estudio del abandono infantil. Pese a la recogida de algunos de ellos por los padres, lo que les permitía escapar al efecto de la mortalidad, la mayoría de los niños abandonados moría bajo la jurisdicción de las Inclusas.

Este interés se ha centrado en la determinación de los niveles de mortalidad específicos en cada momento y su evolución en el tiempo, permitiendo los análisis comparativos. Las causas generales de la mortalidad han sido discutidas ampliamente aunque, en la mayor parte de los casos, el discurso ha tenido poco o nada que ver con el análisis concreto de los factores o mecanismos implicados.

Las causas de la mortalidad se han ubicado a lo largo de toda la vida de los expósitos: el riesgo empezaba con el nacimiento y el viaje a la institución, e incluso antes, en la propia gestación complicada por las circunstancias de la madre; se incrementaba a causa del deficiente estado sanitario de las instalaciones en las que ingresaban la insuficiente o perjudicial alimentación, artificial o por nodrizas internas; en la lactancia externa, compartían la vida rural de pobreza de su nodriza; y, si eran enviados de vuelta a la institución, volvían al estilo de vida y las condiciones de la Inclusa⁷⁹⁸. Sin embargo, los análisis se han inclinado por favorecer unas y otras sin más herramientas que las descripciones clásicas, es decir, porcentajes de defunciones anuales, porcentajes de defunciones de una determinada edad, porcentaje de defunciones por una causa de muerte, etc.

Esta aproximación puede y debe ser superada para permitarnos inferir conclusiones más concretas y robustas. Y esta superación es posible a través de las aportaciones de la demografía y la epidemiología sobre la salud y mortalidad infantil en el pasado, así como la introducción de la metodología longitudinal siguiendo la iniciativa de Kertzer y White. En el análisis de las probabilidades de experimentar los distintos eventos donde la aproximación histórico-demográfica que proponemos cobra su sentido más completo, al permitarnos preguntarnos sobre cuestiones ajenas a los intereses principales pero que ofrecen respuestas que interesan a la historia en gran medida.

El análisis de la mortalidad expósita se puede abordar desde dos perspectivas diferentes pero complementarias. Por un lado, se pueden realizar análisis a través de indicadores demográficos más refinados de la mortalidad expósita agregada, a semejanza de los realizados para la población infantil en general. El objetivo es estudiar la experiencia agregada de los niños abandonados. Por otro lado, se puede descender al análisis individual y estudiar la experiencia de mortalidad individual como consecuencia de la intervención de diferentes factores que favorecían/perjudicaban la salud de los expósitos.

⁷⁹⁸ RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, págs.202-212.

Ambas aproximaciones son importantes y nos permiten conocer distintos aspectos ya que las explicaciones del cambio individual y del cambio a nivel agregado no coinciden necesariamente. Las razones/explicaciones detrás de los cambios de mortalidad en las Inclusas (aumento de precios, incremento de la exposición, situaciones de crisis, etc.) no necesariamente explican la mortalidad individual de los expósitos, que está afectada por los factores de riesgo específicos que afectan a los individuos (predisposición genética, ambiente social y patológico de nacimiento/crianza, etc.).

Por tanto, hemos decidido ofrecer una visión completa de la mortalidad infantil en la Inclusa a través de la combinación de estas dos aproximaciones, desde el punto de vista agregado e individual, que se han desarrollado secuencialmente en dos capítulos. En este capítulo, en primer lugar hemos comparado la mortalidad de la Inclusa con la experiencia de las instituciones existentes en España en cronologías similares para señalar los elementos de continuidad así como las diferencias. Y, en segundo lugar, hemos dedicado el resto del capítulo a explorar la mortalidad de la Inclusa a través de distintos aspectos, que podían estar implicados en la aparición de distintas experiencias de mortalidad. Así, hemos explorado el tiempo (tanto en su vertiente cronológica como en la edad de los individuos), las causas de muerte y las características de los expósitos como tres elementos que nos han ayudado a describir esos patrones y esos sub-grupos experimentando riesgos distintos. En todo este esfuerzo, hemos hecho uso de la experiencia infantil contemporánea como patrón de comparación, permitiéndonos describir hasta qué punto los rasgos observados entre la población institucionalizada suponían un comportamiento demográfico distinto y cuales podrían ser las causas de su existencia.

8.1. LA MORTALIDAD DE LA INCLUSA EN SU CONTEXTO: ESPAÑA Y EUROPA

...it may perhaps be truly said, that, if a person wished to check population, and were not solicitous about the means, he could not propose a more effectual measure, than the establishment of a sufficient number of foundling hospitals, unlimited as to their reception of children”.

Robert Malthus, *An Essay on the Principle of Population*⁷⁹⁹

La preocupación por la elevada mortalidad expósita, la búsqueda de sus causas y la aplicación de distintas medidas para tratar de limitarla fueron comunes en todos los países que tuvieron inclusas. Durante los dos primeros tercios del siglo XIX los comentarios de un médico, administrador o reformador italiano, francés, ruso, irlandés o español hubieran podido ser extrapolados a cualquiera de las inclusas de esos territorios en lo tocante a la extremada mortalidad de estas instituciones. Sin embargo, desde finales del siglo XIX, mientras la mortalidad de las Inclusas descendió paulatinamente en la mayor parte de Europa, la particular evolución de España (tanto social, económica como demográfica) implicó una continuación de la mortalidad expósita de los siglos anteriores.

⁷⁹⁹ Malthus, Thomas Robert. *An Essay on the Principle of Population*. 1826, Libro II, Capítulo III. Library of Economics and Liberty. Retrieved January 8, 2011 from the World Wide Web: <http://www.econlib.org/library/Malthus/malPlong8.html>.

Dentro de este marco general, no obstante, el panorama de las inclusas no era homogéneo. La heterogeneidad de circunstancias en las que se encontraban las casas de expósitos en las distintas capitales provinciales hacía que la mortalidad variase notablemente de unos lugares a otros. La elevada mortalidad descrita por todos los contemporáneos para la Inclusa de Madrid era típica del contexto español pero, a su vez, tenía características muy particulares.

La comparación de la mortalidad expósita entre instituciones no es un trabajo fácil dada la generalizada precariedad de la documentación conservada y las dificultades de estimación de medidas equivalentes a los indicadores usados para la población general con ese tipo de datos. Por ello, la cuantificación del volumen de la mortalidad en instituciones se ha realizado en general a través de tasas porcentuales (cociente entre defunciones y admisiones), que se calculan fácilmente y ofrecen una rápida interpretación. Este tipo de estimación adolece de una debilidad estructural. Produce una infravaloración de la mortalidad y la medida de la mortalidad que produce no es comparable con la población no expósita⁸⁰⁰. No obstante, en ausencia de datos individuales, es una aproximación válida que ha permitido construir muchas de las series de Inclusas nacionales, dibujando el panorama de la mortalidad en estas instituciones⁸⁰¹.

En el caso de la Inclusa de Madrid disponemos de datos individuales que ofrecen la oportunidad del cálculo de este tipo de indicadores demográficos refinados pero, para éste epígrafe, se han calculado cifras equivalentes a las de la historiografía tradicional por razones de comparabilidad. Sólo se ha incluido un ajuste: se ha calculado una variante de la tasa clásica excluyendo los abandonos técnicos para controlar parte de la subestimación de la mortalidad que producen. Como los casos técnicos eran niños que no iban a ser abandonados –y que, de hecho, eran rápidamente recuperados- su inclusión en el denominador subestima la mortalidad⁸⁰².

8.1.1. MORTALIDAD GENERAL

La tasa más generalmente usada, el cociente de las defunciones anuales entre los ingresos anuales, es en realidad una pseudo-tasa de mortalidad general ya que las defunciones no se refieren necesariamente a los niños ingresados, dada la inclusión entre las defunciones de aquellas de niños previamente admitidos. Por ello, cuando los datos lo permiten, es utilizada una medida de la mortalidad general por generaciones, es decir el cociente entre las defunciones experimentadas a lo largo de la vida institucionalizada por cada generación de niños abandonados. Estas medidas no son estrictamente comparables pero en contextos de pocas alteraciones de mortalidad, ofrecen resultados similares.

⁸⁰⁰ Para una explicación detallada de las distintas variaciones en la medida de la mortalidad expósita, ver el capítulo 3 de REVUELTA EUGERCIOS: “La Inclusa de Madrid en el primer tercio del siglo XX. Entre los usos de la Beneficencia y la demografía de los expósitos. Madrid, 1900-1931”.

⁸⁰¹ Entre ellas, es importante destacar el trabajo comparativo sobre la mortalidad expósita en el trabajo de PÉREZ MOREDA: *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*.

⁸⁰² En algunas otras Inclusas también se producía este fenómeno (Barcelona o Navarra) pero los autores no han realizado ningún ajuste al respecto por tratarse de cantidades muy pequeñas (Navarra) o no darse importancia a este fenómeno. VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX* y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*.

Para ofrecer una visión comparativa de la situación de Madrid en el contexto nacional hemos representado en el gráfico 8.1 las estimaciones disponibles de esta mortalidad general (porcentaje de defunciones por generación de niños abandonados) para varias inclusas nacionales. Para Madrid antes de 1890 no disponemos de datos individuales pero se ha calculado la pseudo-tasa de mortalidad general para aproximar la tendencia⁸⁰³. Las cifras para Palma no han sido incluidas en el gráfico pero hemos podido consultarlas con propósitos comparativos ya que son estimaciones de la mortalidad con criterios demográficos⁸⁰⁴. A la luz de estas tasas, podemos realizar algunas observaciones generales sobre la mortalidad institucional en España durante el siglo XIX y, de manera un poco más limitada sobre el XX, dada la escasez de trabajos para ese periodo⁸⁰⁵.

En primer lugar, es importante señalar que durante la segunda mitad del siglo XIX la mayor parte de las inclusas con información disponible tenían una mortalidad de al menos el 50%. La comparación entre estas distintas inclusas es necesariamente imprecisa ya que la edad del fin de la responsabilidad de las instituciones sobre la vida de los niños variaba, en unas hasta los 5 ó 7 y en otras hasta los 15 años. Sin embargo, este problema no es muy grave porque la contribución de defunciones de niños mayores de 5 años a la mortalidad expósta es muy pequeña y apenas modifica las líneas generales.

En segundo lugar, se dibuja una tendencia secular en la mortalidad. En la segunda mitad del siglo XIX se pueden observar elevadas cifras de mortalidad que disminuyeron en las últimas décadas, con descensos de distinta magnitud según las instituciones. Esos descensos se vieron ligeramente revertidos o se entró en etapas de estabilidad entre la última década del siglo XIX y la primera del siglo XX. Para el siglo XX no puede describirse una tendencia clara a través de información de sólo cuatro instituciones (incluyendo Palma) pero, a la luz de los datos ofrecidos, parece que todavía se mantuvo en cifras muy altas, con momentos específicos de incremento, como la de Madrid o Palma.

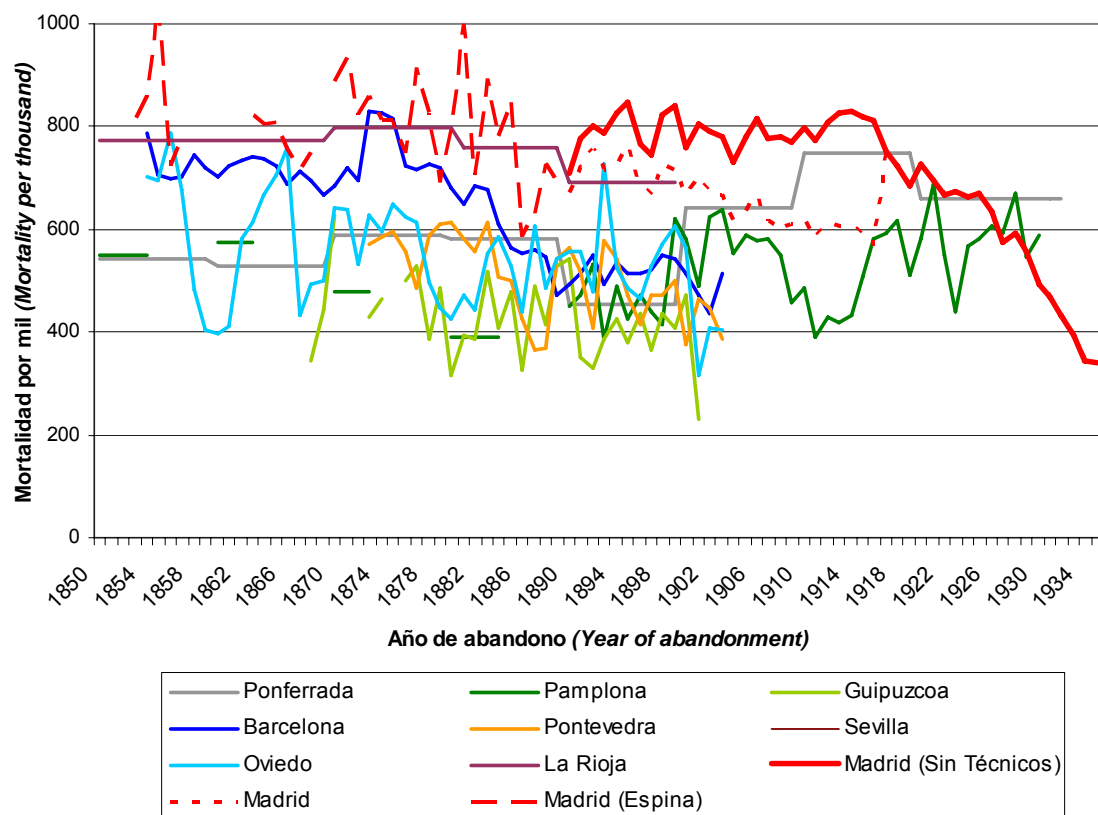
⁸⁰³ Como ya hemos comentado, esta tasa sobre-estima la mortalidad y, en ocasiones, ofrece resultados imposibles, como una mortalidad mayor al 1000‰, que debe tomarse, exclusivamente, como un año de extremada mortalidad a todas las edades.

⁸⁰⁴ Aunque Pujadas ha realizado el cálculo de la mortalidad juvenil (${}_6q_0$) e infantil (q_0) utilizando la misma forma de cálculo que hemos aplicado nosotros, su forma de tratar los datos puede llevarle a una subestimación de la mortalidad. En vez de haber tratado la entrada tardía de un pequeño porcentaje de los niños como casos truncados (como hemos hecho nosotros) e incluirlos en la estimación sólo desde la entrada, esta autora ha considerado el tiempo experimentado en riesgo por esos niños desde su nacimiento, incluyendo, por tanto, un tiempo en riesgo no experimentado en la institución. Dado que en el tiempo transcurrido entre el nacimiento y la entrada de esos niños no se puede documentar ninguna muerte, dado que si la hubiera no hubieran llegado a ser abandonados, se trata de una cantidad de tiempo que artificialmente incrementa el tiempo en exposición a riesgo sin poder aportar defunciones. Si bien es posible que esta reticencia teórica tenga un efecto limitado en la variación de los estimadores, es importante señalar este aspecto para justificar nuestra reticencia a comparar los datos directamente con nuestras estimaciones. PUJADES MORA: *La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)*, págs.172 y 452-453.

⁸⁰⁵ Existe otro trabajo con cifras contemporáneas a las nuestras que no ha sido tenido en consideración pero sólo ofrece cifras anuales de entradas y salidas para el periodo 1800-1925 y ofrece problemas de comparabilidad que no pueden ser solucionados ya que es la única referencia a esa institución con la que contamos. SÁNCHEZ DE LA CALLE, J. A.: *La mortalidad infantil en Plasencia durante los siglos XIX y XX*, Excmo. Ayuntamiento de Plasencia, Plasencia, 1998.

Gráfico 8.1. Mortalidad general en las inclusas de varias ciudades españolas, 1850-1935.

[Graph 8.1. Crude mortality rate in the foundling hospitals of several Spanish cities, 1850-1935].



Elaboración propia a partir de los datos recopilados por Rodríguez Martín, Ana María. "La Casa De Maternidad Y Expósitos De Barcelona, 1872-1903." Universidad de Barcelona, 2007, pág.539-540, nuestros propios datos y los datos recogidos en Espina Pérez, Pedro "Historia de la Inclusa de Madrid", p.277, 290, 314, 344. La mortalidad general calculada para todos los casos se ha estimado dividiendo el número de defunciones de una generación de niños abandonados entre el número total de admisiones en los casos. Para el caso de Madrid 1852-1890 se ha dividido el número de defunciones de asilados en la Inclusa ocurridas en un año entre el número de ingresos de ese año, utilizando los datos proporcionados por Espina.

[Own elaboration from data collected by Rodríguez Martín, Ana María. "La Casa De Maternidad Y Expósitos De Barcelona, 1872-1903." Universidad de Barcelona, 2007, p.539-540, our own data and those collected by Espina Pérez, Pedro "Historia de la Inclusa de Madrid", p.277, 290, 314, 344. Crude Mortality has been computed dividing the number of children admitted in a generation by the number of deaths occurred in that generation. However, for the Foundling Hospital of Madrid the pseudo-crude death rate has been computed only for the period 1852-1890 (dividing the number of annual admissions by the number of annual deaths), using data collected by Espina].

En tercer lugar, la Inclusa de Madrid aparece con la mortalidad general más elevada en todo momento, lo que requiere un par de matizaciones. Por un lado, dado el uso de la pseudo-tasa de mortalidad general para el periodo anterior a 1890, se aprecia una considerable sobre-estimación (en cerca de un 15%). Por un lado, es probable que se mantuvieran por debajo del 800‰, más cerca de las cifras para la Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona⁸⁰⁶. Por otro lado, los dos momentos en los que la mortalidad superó el 1000‰ ponen de manifiesto los problemas que implican este tipo de tasas aunque sugiere una excesiva mortalidad de esos años en niños mayores de 1 año que habían sido admitidos en años anteriores.

⁸⁰⁶ El factor de sobre-estimación reseñado se ha calculado a través de la comparación de los resultados del cálculo de las tasas según los dos métodos con los datos agregados de Espina y los datos reales por generaciones para el periodo 1890-1900. Pese a que se refiere al periodo inmediatamente posterior, es muy probable que esté en el rango de los valores esperados para el periodo anterior a 1890. La media de sobre-estimación es un 15%.

Finalmente, independientemente del número de casos con los que se puede realizar la comparación, es evidente que la mortalidad de la Inclusa de Madrid fue muy elevada al menos hasta 1920. Es importante reseñar aquí la importancia del uso de las tasas en ausencia de casos técnicos, que muestran una total estabilidad a través de las dos primeras décadas del siglo XX, a diferencia de lo que ocurre si se toman todos los casos como abandonos (que sesgan dramáticamente la visión de la mortalidad). A partir de los años 20 se produjo un claro descenso de la mortalidad general expósita, llegando a descender por debajo del 400‰.

8.1.2. MORTALIDAD INFANTIL

Este cálculo de la mortalidad general no ofrece una idea clara del efecto a corto plazo de la institución en las vidas de los niños abandonados ni de su efecto demográfico por lo que, adicionalmente, se suele utilizar la mortalidad infantil que, además permite identificar más concretamente los tipos de causas detrás de las defunciones. La mortalidad infantil, de hecho, es un indicador inmejorable ya que recoge una parte muy importante de las defunciones de expósitos (desde un 30-40% en lugares como Palma de Mallorca hasta un 70-80% en la Inclusa de Madrid). Para complementar la visión general del epígrafe anterior, por tanto, a continuación se ha analizado también la mortalidad infantil. En el gráfico 8.2 y en la tabla 8.1 se presentan los datos de las Inclusas nacionales a lo largo del periodo.

Si se compara la mortalidad infantil de la Inclusa de Madrid con el resto de instituciones nacionales, se mantiene claramente la elevada posición de Madrid pero no se trata de una situación única. A lo largo del periodo otras instituciones experimentaron una mortalidad tan elevada como la de Madrid. En este caso, como en el de la mortalidad general, se deben hacer un par de precisiones.

Por un lado, las cifras de Madrid hasta 1890 se basan en una estimación derivada de la mortalidad general por lo que muestran la tendencia máxima de la mortalidad infantil, que posiblemente está sobre-estimada en un 15%. Así, posiblemente sería ligeramente inferior al 700‰, entroncando con las cifras correctas de que disponemos a partir de 1890. Como ocurría con la mortalidad general, la ocurrida en el periodo infantil no estaba tan distante de las cifras disponibles para Barcelona y Sevilla.

Por otro lado, la Inclusa de Madrid pareció no verse afectada en la misma medida por el descenso de la mortalidad entre finales del siglo XIX y principios del XX documentado en otras instituciones. No fue la única: Santa Cruz de Tenerife, Badajoz o Granada tenían tasas de mortalidad infantil muy por encima del 500‰.

Aunque todas estas instituciones compartían una serie de características comunes (utilizaban nodrizas, tenían tornos, recibían un importante porcentaje de niños ilegítimos, etc.) diferían en algunas otras (presencia y relación con Maternidades, función asistencial/benéfica, tratamiento de los niños en la institución, etc.). Por ello, algunas de las explicaciones dadas a la heterogeneidad de las experiencias de mortalidad han sido la centralización de expósitos, el volumen de entradas anuales y la organización de lactancia mercenaria.

La centralización de los niños en instituciones es quizá una de las características más importantes que determinaba los niveles de mortalidad que se alcanzarían en una institución. La gestión de expósitos a través del envío de los niños de los pueblos a las casas centrales, su permanencia en ellas durante unos días y su envío posterior con amas externas a pueblos era mayoritario en la península ibérica. Posiblemente determinaba ya una primera diferencia, que provocaba un exceso de mortalidad con respecto a los sistemas descentralizados.

Valverde, en su comparación de los expósitos guipuzcoanos y navarros, mostraba que, partiendo de una situación similar, aquellos expósitos directamente gestionados por sus parroquias y enviados a lactar por ellas, sin ser previamente enviados a una institución centralizadora, experimentaban una mortalidad menor (los de Guipúzcoa) que la de los que eran enviados a la Inclusa (Pamplona). Según su estudio, los viajes, las condiciones en la institución, la falta e inadecuación de las nodrizas internas incrementaban la mortalidad de los expósitos navarros con respecto a los guipuzcoanos⁸⁰⁷. La centralización era la norma en la mayor parte de Inclusas españolas por lo que no es suficiente para explicar la heterogeneidad de la experiencia de la mortalidad expósita.

El diferente volumen de entradas en las instituciones ha sido utilizado como otra clave explicativa de las diferencias de mortalidad tanto cronológicas como geográficas. Pese a que esta asociación se ha documentado en algunos contextos, no obstante, no tiene que responder a una relación universal. Podemos hacer dos consideraciones al respecto, sobre las dos dimensiones posibles de esta relación: elevaciones del número de entradas dentro de una misma institución y diferencias de número de admisiones entre distintas instituciones.

En primer lugar, el mecanismo que probablemente estaba detrás de la asociación entre volumen de entradas y mortalidad era la disponibilidad de nodrizas. Si una institución tenía problemas para gestionar el número de entradas habitual y reclutar el número de nodrizas suficiente para cubrir la demanda, sería lógico pensar que un incremento en el número de ingresos dificultaría más aún la supervivencia de los niños⁸⁰⁸. Esta relación ha sido confirmada para la Inclusa de Madrid por Sherwood para el siglo XVIII, que señalaba una correlación de 0.77 entre precios de cereales, número de entradas y mortalidad en varios periodos de crisis hasta 1780⁸⁰⁹. Es decir, las crisis económicas incrementaban el abandono infantil en la Inclusa que, a su vez, incrementaba la mortalidad expósita (probablemente provocada por la falta de adecuada lactancia por nodrizas).

Esta relación está ausente en otros contextos. Viazzo y Corsini encontraban que en Florencia desde 1838 y, al menos, hasta 1900 no existía esa relación ya que el mecanismo establecido para enviar a los expósitos a lactar al campo con nodrizas estaba tan perfeccionado que las instituciones podían asumir incrementos en el volumen de

⁸⁰⁷ VALVERDE LAMSFUS: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*.

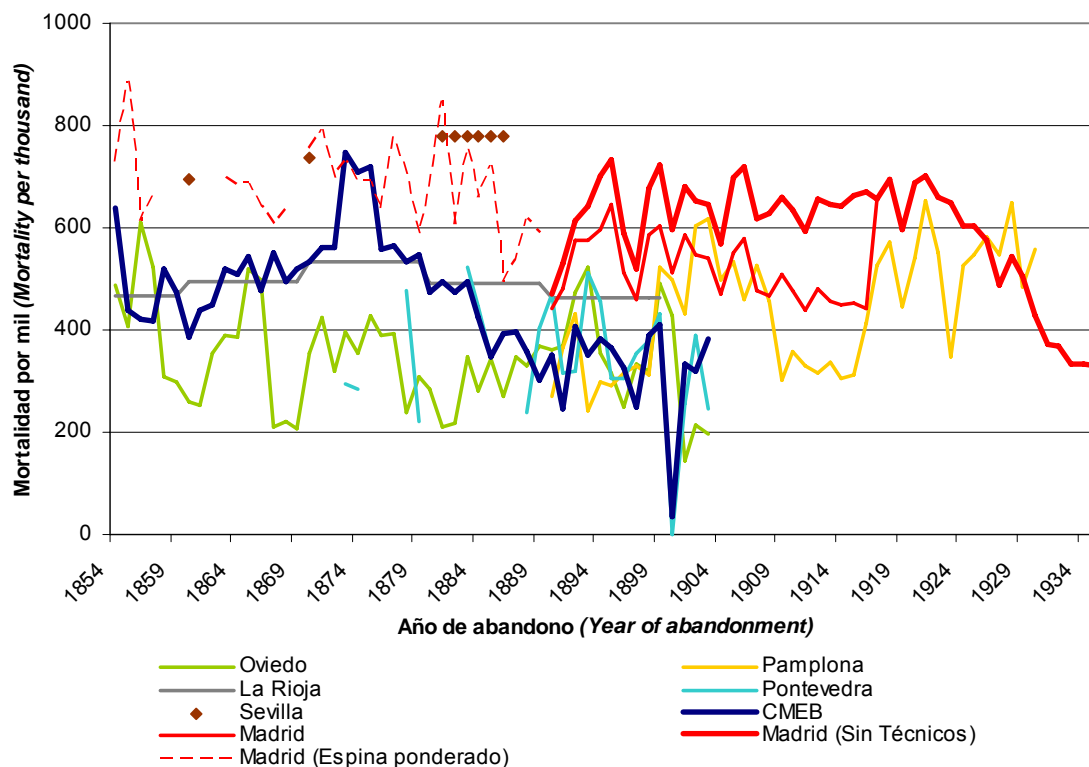
⁸⁰⁸ RANSEL: *Mothers in Misery. Child Abandonment in Russia*, pág.111; DA MOLIN, G.: *Natti e abandonatti. Aspetti demografici e sociali dell'infanzia abbandonata in Italia nell'età moderna*, Bari, 1993, págs.95-97.

⁸⁰⁹ SHERWOOD: "El niño expósito: cifras de mortalidad de una Inclusa del siglo XVIII", pág.308.

entradas sin repercutir en la mortalidad expósita.⁸¹⁰ Otra evidencia, en este caso nacional, señala una total falta de correspondencia entre la disminución casi monótonica del número de abandonos desde 1890 y las elevaciones de mortalidad que observamos (Palma de Mallorca).

Gráfico 8.2. Mortalidad infantil en algunas inclusas españolas, 1854-1935.

[Graph 8.2. Infant Mortality Rate in several Spanish Foundling Hospitals, 1854-1935].



Elaboración propia a partir de los datos recopilados por Rodríguez Martín, Ana María. "La Casa De Maternidad Y Expósitos De Barcelona, 1872-1903." Universidad de Barcelona, 2007, p.539-540; datos recogidos en Espina Pérez, Pedro "Historia de la Inclusa de Madrid" p.277, 290, 314, 344; Uribe-Etxebarria Flores, Arantzazu. *Marginalidad "Protegida": Mujeres Y Niños Abandonados En Navarra, 1890-1930*. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco, 1994. La tasa de mortalidad infantil se ha calculado dividiendo el número de defunciones menores de 1 año entre las admisiones anuales excepto en el caso de Madrid 1854-1890, que se ha estimado como el 85% de la mortalidad general.

[Own elaboration from data collected by Rodríguez Martín, Ana María. "La Casa De Maternidad Y Expósitos De Barcelona, 1872-1903." Universidad de Barcelona, 2007, pág.539-540; datos recogidos en Espina Pérez, Pedro "Historia de la Inclusa de Madrid", pág.277, 290, 314, 344; Uribe-Etxebarria Flores, Arantzazu. *Marginalidad "Protegida": Mujeres Y Niños Abandonados En Navarra, 1890-1930*. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco, 1994. Infant mortality has been computed dividing the number of death of children younger than 1 year of age by the number of annual admission except for Madrid 1854-1890. In the latter case, it has been computed as 85% of general mortality].

Estas evidencias sugieren que la capacidad de atraer nodrizas y organizar la lactancia mercenaria era la verdadera clave de la mortalidad (como ya hemos adelantado en el capítulo 6) y que la asociación entre admisiones y mortalidad debe descartarse. De hecho, la velocidad con la que se enviaba a los niños a lactar al campo ha sido considerada como el mejor indicador sintético de la organización de estas instituciones⁸¹¹. Esta explicación queda corroborada en el caso italiano, al tener en cuenta que las crisis de mortalidad más importantes de la institución desde finales del siglo XIX se correspondieron con momentos de escasez de nodrizas, como alrededor de

⁸¹⁰ CORSINI, C.: "'Era piovuto dal cielo e la terra l'aveva raccolto": il destino del trovatello", *Enfance abandonée et société en Europe, XIV-XXe siècle*, École Française de Rome, Rome, 1991, pág.96.

⁸¹¹ VIAZZO, BORTOLOTTI, y ZANOTTO: "Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality", págs.81-82; y FUCHS: *Abandoned Children*, pág.133.

la primera guerra mundial⁸¹². En Navarra y en Barcelona encontramos testimonios similares, con mayor mortalidad correspondiendo a los momentos de menor porcentaje de niños enviados a lactar⁸¹³.

Tabla 8.1. Tasa de mortalidad infantil de varias Inclusas españolas, 1908-1918.

[Table 8.1. Infant Mortality rate in several Spanish Foundling Hospitals, 1908-1918].

	1914	1915	1916	1917	1918	1908-1912	1913-1917	1908-1917
Albacete		36,90‰	37,50‰	54,41‰	38,10‰			
St Cruz Tenerife	709,7‰	79,49‰	64,10‰	74,00‰	56,41‰			
Burgos	28,89‰	27,41‰	27,53‰	33,33‰	27,82‰			
Granada			51,90‰	50,74‰	42,01‰			
Almería						28‰		
Badajoz					100‰	65,8‰ ⁵	85,02‰	
Castellón								8,31‰ (infantil)
Huesca					25,51‰			
León								50‰ en 6 primeros mess
Palma							7,09‰	
Zaragoza							47,72‰	

Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las inspecciones de inclusas de las Juntas Provinciales de Protección a la Infancia llevadas a cabo en 1918. *Revista Pro-Infantia*, 1918 y 1919.

[Own elaboration from data collected in the inspections carried out by the Provincial Boards for Infant Protection in 1918. *Pro-Infantia*, 1918-1919].

En segundo lugar, si consideramos la asociación entre volumen de la exposición y mortalidad entre distintas instituciones, la situación no es muy distinta. Siguiendo las consideraciones iniciales, se podría pensar que las inclusas que recibían un menor número de ingresos anuales y, por tanto, tenían un número reducido de niños que gestionar, ofrecerían necesariamente tasas de mortalidad infantil más favorables que las que recibieran más. En este caso, la consistente mortalidad infantil extrema de Madrid correspondiendo a la institución con mayor número de abandonos anuales ofrecería el ejemplo más claro de esta explicación. No obstante, el hecho de que inclusas con menos de 100 admisiones anuales mostraran tasas de mortalidad superiores al 500‰ (Soria, León, Santa Cruz de Tenerife, Palma en algunos momentos, etc.) limita la credibilidad de esta hipótesis. El caso de Barcelona apunta en la misma dirección: con 200-500 abandonos anuales menos que Madrid durante el siglo XIX, su mortalidad no era tan distinta de la de la Inclusa.

Dada la influencia clara descrita por los contemporáneos entre lactancia y mortalidad expósita, es evidente que la organización de ésta era clave en las diferencias de mortalidad. Algunos de los aspectos clave de esta organización eran el tiempo que debían esperar los niños antes de ser lactados (velocidad de envío), el tipo de lactancia

⁸¹² VIAZZO, BORTOLOTTI, y ZANOTTO: "Child Care, infant mortality and the impact of legislation: the case of Florence's foundling hospital, 1840-1940", pág.261.

⁸¹³ URIBE-ETXEBARRIA FLORES: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, pág.192 y RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.210.

que debían recibir los niños al entrar (lactados por nodriza, biberón o mixta) y el ratio número de nodrizas internas/ niños.

La Inclusa de Madrid se encontraba entre aquellas inclusas españolas con las peores condiciones de supervivencia para sus expósitos pero no era, ni con mucho, la única. Los informes de las Juntas detallan la mala situación de muchos emplazamientos, las mismas condiciones poco higiénicas de baños y alimentación de expósitos, los peligros del biberón y la falta de recursos para la mejora de la situación.

Si la imagen de Madrid y de las inclusas en peor situación contrasta con las que presentaban una mortalidad más favorable, la comparación con los datos internacionales sólo refuerza la tesis del retraso demográfico y sanitario de España con respecto a Europa. En Francia, Fuchs reporta niveles de mortalidad infantil muy inferiores con cerca del 200‰ en la Inclusa de París hacia 1860 y con menos de 100‰ a principios del siglo XX⁸¹⁴. Aunque la variabilidad en Italia era muy elevada, con una mortalidad infantil expósita entre 260‰ en Milán y 602‰ en Perugia en 1870, para principios del siglo XX había disminuido radicalmente. En el *Ospedale degli Innocenti* en Florencia, la mortalidad en 1910 ya había descendido a cerca de 200‰ y en el periodo de máximo incremento durante las primeras décadas del siglo XX solo ascendió hasta 250‰⁸¹⁵. En Bolonia en 1809-10, Kertzer documentaba un 706‰, que descendió al 372‰ en 1870, volviendo a ascender al 600‰ en 1890 (precisamente por cambios en la organización de la lactancia)⁸¹⁶.

Salvo este último caso, la mortalidad sólo se mantuvo en estos niveles tan elevados a principios del siglo XX en lugares como Chile y Rusia. En la Casa de Expósitos de Santiago de Chile en la década 1886-1895 la mortalidad general hasta los 7 años era de 813‰ y sólo había logrado descender a 736‰ para el periodo 1915-1926⁸¹⁷. Mientras, en Rusia en las últimas décadas de siglo la mortalidad de los niños enviados a las provincias a criarse era del 600-700‰⁸¹⁸.

Vemos que, pese a implicar una serie de particularidades en el contexto nacional, la elevada mortalidad de la Inclusa de Madrid no era un caso único y formaba parte de una serie de instituciones que, por su política de gestión de la infancia abandonada, tenía una mortalidad muy elevada. A continuación hemos cualificado y cuantificado esa mortalidad para abundar sobre la experiencia de mortalidad de los expósitos abandonados y determinar el impacto exacto de la institución sobre la salud expósita.

⁸¹⁴ FUCHS: *Abandoned Children*, págs.131-135.

⁸¹⁵ VIAZZO, BORTOLOTTI, y ZANOTTO: "Child Care, infant mortality and the impact of legislation: the case of Florence's foundling hospital, 1840-1940", págs.258-259.

⁸¹⁶ KERTZER y WHITE: "Cheating the angel-makers: surviving infant abandonment in nineteenth century Italy", pág.456-457 y 462; y KERTZER: "Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy", pág.598.

⁸¹⁷ MEZA: "Orphans and Family Disintegration in Chile: The Mortality of Abandoned Children, 1750-1930", pág.327.

⁸¹⁸ RANSEL: *Mothers in Misery. Child Abandonment in Russia*, pág.75.

8.2. INCLUYENDO EL “TIEMPO” EN EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DE LA INCLUSA

Salvo las excepciones ya mencionadas, la mayor parte de la producción historiográfica ha explorado descriptivamente la mortalidad como uno más de los aspectos a tratar en las monografías sobre expósitos, sin detenerse a analizar ésta en profundidad más allá de la descripción sumaria de las tendencias en función de estas tasas imperfectas.

Este tratamiento ha infrautilizado la información que las defunciones pueden aportar ya que, además de la perspectiva temporal corrientemente empleada, existe otra dimensión apenas explorada en la mortalidad expósita (la edad a la que ocurría la defunción). Además, existen otros dos aspectos fundamentales que pueden aportar información de gran interés: las causas específicas de las defunciones y la existencia de sub-grupos con distintas predisposiciones a experimentar la muerte. Estos últimos han recibido una limitada atención pero desde luego no se han tomado conjuntamente como herramientas clave para la comprensión del fenómeno. Por tanto, hemos explorado cada una de esas tres dimensiones para componer una imagen renovadora de la experiencia de la mortalidad expósita. Para todas estas aproximaciones al estudio de la mortalidad son clave el análisis longitudinal y la perspectiva del curso de la vida.

En este epígrafe nos hemos centrado en el tiempo, un elemento clave para comprender las diferencias en mortalidad. En sus dos dimensiones (la evolución de la mortalidad en el tiempo y a través de las diferentes etapas de la vida de los expósitos) supone una herramienta explicativa que permite aislar distintas experiencias e informa preliminarmente sobre distintos tipos de causas de mortalidad. Así, nuestro objetivo en este capítulo no es superar simplemente las medidas clásicas de la mortalidad con nuevas estimaciones más ajustadas, sino que ha tratado de ofrecer una visión novedosa para responder a preocupaciones demográficas e históricas.

En primer lugar, hemos calculado indicadores demográficos de la mortalidad que superan las limitaciones anteriores (a través de intervalos de edad). Y, en segundo lugar, hemos explorado las oscilaciones de mortalidad de los dos intervalos clásicos, para describir la experiencia expósita y comprender las alteraciones que producía la vida en la institución.

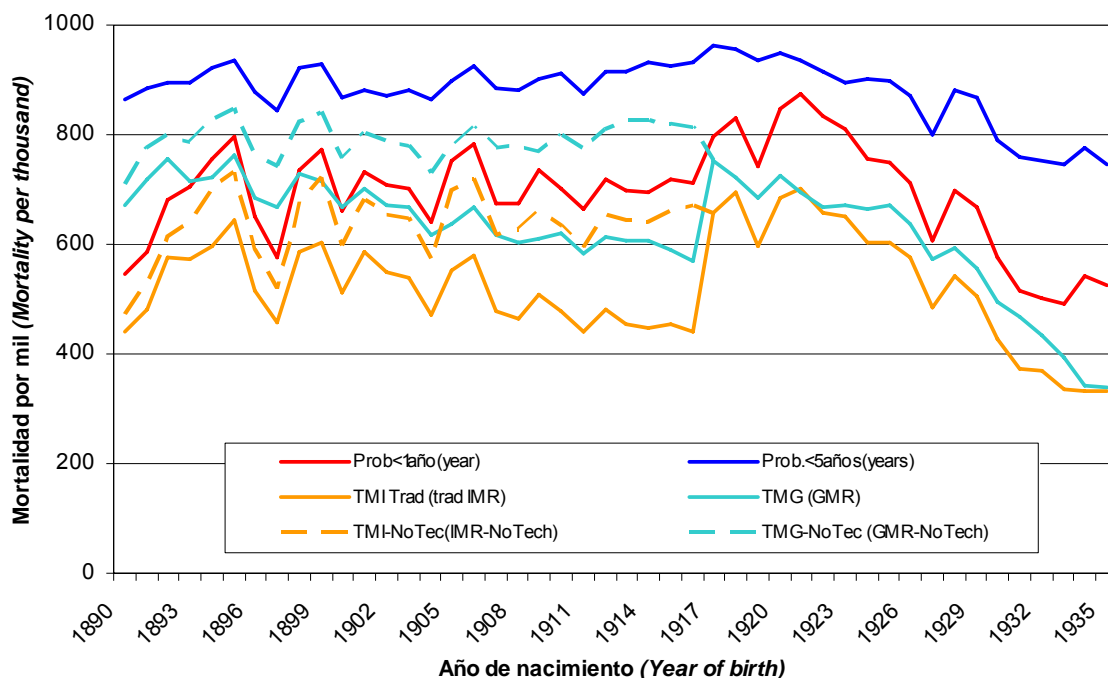
8.2.1. LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EDADES

El primer paso en nuestro análisis de la mortalidad ha sido similar al análisis agregado que se ha realizado en el capítulo 7.2., comparar la imagen que se obtiene a través de las cifras tradicionalmente calculadas con las longitudinales⁸¹⁹. A diferencia de la novedad que ha supuesto el análisis de la recuperación, la mortalidad ya ha sido abordada desde estas perspectivas por lo que hemos seguido algunas de las pautas planteadas pero también hemos tratado de aportar algunas novedades.

⁸¹⁹ Sobre las razones del uso de medidas longitudinales y su cálculo, ver 1.4.2 y 6.1.

Gráfico 8.3. Mortalidad infantil, mortalidad general y mortalidad antes de los 5 años en la Inclusa de Madrid según medidas tradicionales y longitudinales, 1890-1935.

[Graph 8.3. Infant mortality rate, crude death rate and mortality before 5 years of age in the Founding Hospital of Madrid according to traditional and longitudinal measures, 1890-1935].



TMI (Tasa de mortalidad infantil); TMG (Tasa de mortalidad general). Nota: el cálculo de las tasas de Mort Tradicional y Sin técnicos es el que se ha utilizado en el epígrafe anterior mientras que las tasas calculadas con el tiempo en riesgo se han calculado tomando la inversa de la función de supervivencia al año y a los 5 años obtenida tras considerar los datos como datos longitudinales. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[IMR (Infant Mortality Rate); GMR (General Mortality Rate). Note: Traditional Infant Mortality and Traditional Infant Mortality (without Technical are taken from computations in prior graphs. Estimations for at-risk population have been computed using the inverse of the survival function for 1 year and 5 years obtained after taken data in longitudinal formaSource: ARCM. Own Elaboration].

Por un lado, hemos mantenido la cautela de Levene al analizar los truncados (los niños que entraban con más de un año) ya que podían subestimar la mortalidad⁸²⁰. Por otro, hemos aprovechado la posibilidad que el análisis longitudinal nos ofrece de calcular indicadores demográficos más refinados con los que comparar directamente con la población general. No sólo hemos calculado los indicadores equivalentes a los tradicionales sino que hemos aprovechado para calcular la probabilidad de morir antes del primer aniversario, entre el primero y el segundo, etc., que es equivalente a los indicadores demográficos q_0 , q_1 , q_2 ⁸²¹. Simplificando, la probabilidad de morir antes del primer año recoge la experiencia acumulada de morir, a través de las experiencias de cada día de vida a lo largo de los 365 primeros días de vida, teniendo en cuenta el

⁸²⁰ Pese a los análisis anteriores, sólo desde Levene se ha hecho un énfasis especial en la necesidad de trata adecuadamente las entradas tardías. Y, es precisamente, en este aspecto en el que nuestro análisis difiere del de Pujades Mora, ya que nuestra conceptualización asume los casos truncados como tales.

⁸²¹ Para la población general y, en ausencia de subregistro, la tasa de mortalidad infantil (Defunciones de menores de un año/Nacimientos) y la probabilidad de morir antes del primer año de vida son medidas equivalentes pero en nuestro caso la tasa de mortalidad infantil (que sería el cálculo porcentual planteado en el gráfico 8.2) no es equivalente por la naturaleza de los datos: las biografías de los niños son incompletas.

número de niños en riesgo de morir exactamente en cada uno de los días y el número de defunciones ocurridas en ese día⁸²².

En el gráfico 8.3 se puede ver la comparación entre las tasas tradicionales y longitudinales. Claramente cómo la tasa de mortalidad infantil (línea naranja) subestima la probabilidad de morir antes del primer aniversario (línea roja). La bondad de nuestra medida se confirma por la similitud que presenta nuestra estimación con la tendencia de la tasa corregida por la presencia de los abandonos técnicos (naranja discontinuo). Esto refuerza nuestra tesis de que el tiempo en riesgo incorpora de una manera adecuada las características de los datos. Excluyendo los casos que consideramos abandonos técnicos de la tasa de la mortalidad infantil, se soluciona parte del problema de la subestimación de la mortalidad pero dado que la conceptualización de éstos obedece a nuestro criterio⁸²³, es más correcto usar la probabilidad de morir según el tiempo en riesgo. En la tasa general (hasta los 5 años) se reproduce la misma situación. La verdadera mortalidad infantil se subestima entre un 10 y un 60% (media del 20%) en el cálculo tradicional mientras que en el caso de la mortalidad general la subestimación media es del 30%.

Así, nuestro análisis se ha concentrado exclusivamente en medidas longitudinales concentrándonos en su significado demográfico. De sobra es conocido que el riesgo de morir (y los factores implicados en ese riesgo) no sólo varían en las diferentes etapas de la vida de los individuos sino también dentro de cada una de ellas. Así, dentro de las primeras edades, las probabilidades de morir en las inmediaciones del parto son máximas, momento a partir del cual disminuyen. Las primeras semanas de vida muestran los valores más altos de mortalidad, a causa de la fragilidad de los recién nacidos y del efecto de las posibles enfermedades congénitas que se manifiestan poco después del parto. Y claramente existen diferencias entre la mortalidad de los lactantes y los destetados pero también entre los niños de dos, tres, cuatro y cinco años.

A estas diferencias de mortalidad les corresponden diferencias en los factores de riesgo predominantes responsables de la mortalidad, muchos de los cuales han sido descritos por la historiografía previa. Por tanto, el estudio de la evolución de los indicadores de mortalidad de un grupo específico nos ayuda a entender los cambios que debían estar produciéndose en sus determinantes y las circunstancias de la sociedad en la que tenían lugar esas transformaciones⁸²⁴.

⁸²² La relación funcional entre las probabilidades de defunción en los distintos intervalos se ha descrito en el capítulo 1, sección 1.4.2 y, particularmente, en la nota 48.

⁸²³ Es importante recordar que nuestra definición de “abandonos técnicos” identificaba como tales a aquellos niños recogidos por sus padres antes de los 21 días de vida pero que en realidad subestimaba su número. Dado que era posible que otros “abandonos técnicos” murieran antes que nosotros podamos identificarlos como tales, el cálculo de las tasas tradicionales está desvirtuado a aunque se eliminen los técnicos. Si se eliminan, la tasa aún contiene aquellos técnicos que murieron y, si no se eliminan, contiene todos aquellos que serían recogidos subestimando seriamente la mortalidad. La perspectiva del tiempo en riesgo, es por tanto, la que mejor recoge la naturaleza de los datos y la utiliza precisamente para obtener las mejores estimaciones.

⁸²⁴ De hecho, algunos de ellos se toman directamente como indicadores del estado de salud de las poblaciones. Por ejemplo, algunos autores utilizan la tasa de mortalidad infantil o la probabilidad de morir antes del primer año, mientras otros autores prefieren la mortalidad juvenil (entre el primer y el quinto aniversario) como indicador más importante de las condiciones de vida de una población, especialmente de las condiciones sanitarias.

Para el estudio de la mortalidad expósita, este marco demográfico es muy útil ya que nos permite profundizar en los procesos detrás de la evolución de la mortalidad. Al integrar esta perspectiva demográfica, podemos distinguir dos fenómenos en funcionamiento. Por un lado, podemos ver el patrón específico de mortalidad según la edad (al principio de la vida, éste se caracteriza por una mayor mortalidad, que va descendiendo conforme crecen). Por otro lado, se puede observar si se producían alteraciones en ese patrón a causa de la estancia en la institución al introducir unos factores de riesgo distintivos (el traslado, el ambiente patológico e higiénico, la nutrición que recibían allí, etc.).

Por tanto, mediante la comparación de los indicadores demográficos de mortalidad expósita con los de la población general, podemos abordar uno de los objetivos que persigue nuestro discurso demográfico-histórico: analizar hasta qué punto y dónde la mortalidad expósita era distinta de la mortalidad de la infancia general.

Los indicadores que hemos calculado recogen la experiencia de la mortalidad experimentada por distintas generaciones de niños abandonados (en función de su año de nacimiento) en intervalos de edad. Estas estimaciones nos permiten rastrear los cambios a través del tiempo en sus tres efectos: por un lado, desde las dos ópticas que hemos descrito hasta ahora, la generación de nacimiento y la edad del expósito y desde una tercera óptica, el año en el que vivían/experimentaban la defunción. Es decir, podemos estudiar cómo era el patrón estructural de mortalidad según la edad y si se veía afectado de forma generacional (la mejora de la mortalidad a todas las edades en función de la generación de pertenencia) o por un acontecimiento coyuntural que afectaba a todas las edades y generaciones simultáneamente (como una epidemia, una hambruna, etc.)⁸²⁵.

Dado que esta presentación hace que la mortalidad aparezca referida al año de nacimiento y este hecho puede dificultar la comprensión por la distancia entre el momento del nacimiento y la defunción, también se calculado la mortalidad por edad y por año de ocurrencia (en vez de por generación de nacimiento). Ambas medidas se han representado en el gráfico 8.4. Así vemos que en la mortalidad en el primer año de vida ambas estimaciones es prácticamente igual ya que la mayor parte de defunciones infantiles ocurrían a lo largo de ese año de calendario. No obstante, no ocurre igual en los siguientes intervalos de edad. Las probabilidades de morir en función de la cohorte de nacimiento se desplazan progresivamente hacia la izquierda del año de ocurrencia al incrementar los intervalos de edad. Es decir, la mayoría de las defunciones de nacidos en el 1905 con menos de un año ocurren en 1905 pero las defunciones de los nacidos en

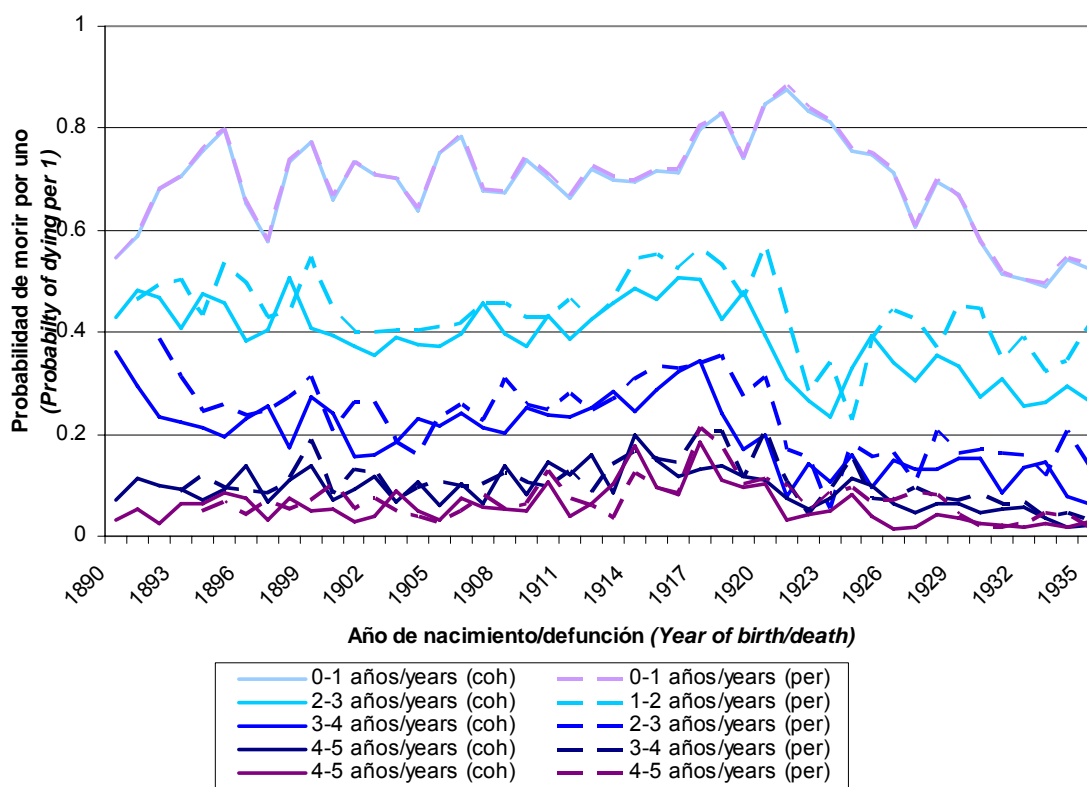
⁸²⁵ En demografía se distinguen tres formas de entender los cambios de la mortalidad en relación al tiempo: cohorte, edad y periodo. En primer lugar, existe un patrón general de mortalidad a lo largo de las distintas edades por las que pasa cualquier individuo independientemente de la generación de nacimiento: la mortalidad es máxima al principio de la vida y va descendiendo a lo largo de ésta con algunos periodos de elevación de la mortalidad, como la introducción de la alimentación complementaria o el destete. Este es un efecto de la edad. La cohorte o generación se refiere a un conjunto de niños nacidos en un año y se refiere a la experiencia general de la mortalidad a través de todas las edades. Las diferencias entre la mortalidad experimentada por unas u otras cohortes dependen, por ejemplo, de haber nacido en un año de crisis, por ejemplo o de haber experimentado el resultado de innovaciones médicas, por ejemplo. A esas diferencias en la mortalidad se los denomina efectos de cohorte. Finalmente, el tiempo puede afectar a la mortalidad de manera puntual en el tiempo (en un año específico). Los llamados efectos de periodo afectan a todas las edades simultáneamente, de todas las generaciones, en un momento específico del tiempo. El ejemplo más claro de esta situación es el de una epidemia.

1905 que mueren entre el primer y segundo aniversario ocurrirían entre los años 1906 y 1907. En los intervalos de edad superiores también se percibe el retraso pero se ve menos claramente.

Si se realiza el ejercicio de proyectar la mortalidad de la generación en el año en el que debería ocurrir, las líneas se superponen con bastante claridad aunque no es un ejercicio perfecto ya que las defunciones ocurridas en un año dado pertenecían a dos generaciones distintas. Es decir la mortalidad infantil de 1900 estaba producida por niños nacidos tanto en 1899 y 1900. Para el primer año de vida, la estimación es robusta pero para los siguientes se aprecian oscilaciones que, se intensifican por las crisis o alteraciones de la mortalidad (ver en el anexo, gráfico E.1 y tablas E.1 y E.2).

Gráfico 8.4. Probabilidad de morir a distintos aniversarios calculada para por generación de nacimiento (cohorte) o por año de defunción (periodo) para la Inclusa de Madrid, 1890-1935.

[Graph 8.4. Probability of dying at different years computed by generation of birth (cohort) or by year of death (period) for the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935].



Nota: Per=estimación por periodo; coh=estimación por cohorte. La mortalidad por periodo se ha calculado utilizando el método tradicional de división de eventos entre individuos y se ha hecho comparable la tasa a la de cohorte a través de la multiplicación de la cada probabilidad de muerte a cada aniversario obtenida así con un factor de ponderación calculado a través de la relación entre la tasa tradicional de cohorte y la equivalente probabilidad de muerte. La tabla E2 del anexo incluye las tasas y factores de ponderación. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Per=period estimation; coh=cohort estimation. Period mortality has been computed using the traditional method of dividing events by individuals and the result has been transformed in a time-at-risk comparable measure by multiplying each probability of death at each year by a weighting factor. The weighting factor has been computed by establishing the relationship between the traditional cohort estimation and the equivalent probability of dying. Table E2 in the Annex shows rates and weighting factors used. Source: ARCM. Own elaboration].

Hay dos observaciones relevantes que deben destacarse de este gráfico: el primero es la existencia de una tendencia distinta entre la mortalidad infantil (primer año de vida) con respecto al resto de edades. Entre estas últimas, además, existe cierta

estructura: una cierta similitud entre las probabilidades de morir durante el segundo y tercer año de vida, y, una afinidad entre las probabilidades de morir en los dos últimos intervalos⁸²⁶. Como era esperable, la probabilidad de morir descende conforme avanza la edad, tanto por procesos biológicos como selectivos. Los niños mayores son menos vulnerables ante la muerte pero, además, la supervivencia a un aniversario, implica una salud suficiente para llegar a esa edad.

El segundo es que, atendiendo exclusivamente a las líneas que representan la mortalidad de periodo, se observa que casi todas las grandes oscilaciones de mortalidad en la institución afectaron de igual manera a todas las edades. Pese a pequeñas diferencias anteriores, todos experimentaron una elevación drástica hasta 1917, seguida de un descenso inicial en 1919, un repunte de mortalidad y el descenso definitivo a partir de 1920 (para la mayor parte de los intervalos) y 1921 (para el primer año de vida). Si consideramos las generaciones, emerge la misma imagen, para el intervalo de del primer año de vida, la generación que inició el descenso fue la de 1919, mientras que para los siguientes intervalos, fueron las anteriores, 1918 para el segundo, 1917 para el tercero, etc.

Al tratar de relacionar esta situación con los cambios conocidos en la institución, encontramos una asociación entre el descenso de la mortalidad ocurrido en 1919 y los primeros cambios reales que afectaron a la institución en ese año a raíz del segundo episodio de denuncia pública. Es posible que el cambio de emplazamiento y la mayor atención al cuidado de los expósitos en el nuevo emplazamiento mejoraran la mortalidad. Es difícil explicar el repunte que, en cualquier caso, se trató de una fase transitoria ya que sólo duró un año o dos, llevando finalmente hacia el descenso definitivo. Podemos sugerir la existencia de un mecanismo causal en el cambio de edificio o a factores relacionados o simultáneos al traslado.

Además del análisis individual de los indicadores, la demografía concede una gran importancia a la relación entre la mortalidad infantil (antes de alcanzar el primer aniversario) y la juvenil (entre el primer y el quinto aniversario) por el reconocimiento de que existen importantes diferencias en los determinantes próximos y los factores de riesgo de la mortalidad entre esos periodos vitales. De la dependencia completa de los factores relacionados con la madre (como la historia reproductiva previa, la edad, etc.) durante al menos los primeros seis meses de vida, se pasa a una paulatina desaparición de los factores relacionados con ella y a la preeminencia de influencias de la coyuntura socioeconómica (como las variaciones en los precios o salarios)⁸²⁷. Una vez completamente destetados (práctica que en España sucedía entre los 12-15 meses de edad) y privados de los efectos protectores de la leche materna, los niños se enfrentaban a los peligros de la alimentación y del ambiente patológico. Esto hace que el intervalo entre el primer y el quinto aniversario se considere convencionalmente como un solo periodo y se utilice como indicador de las condiciones de vida de las poblaciones, ya

⁸²⁶ Esta tendencia se ha reportado de manera similar para la España interior, RAMIRO FARIÑAS, D.: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología II, Universidad Complutense de Madrid, 1998, pág.379.

⁸²⁷ ORIS, M., DEROSAS, R., y BRESCHI, M.: "Infant and Child Mortality" en BENGTTSSON, T., CAMPBELL, C. y LEE, J. Z. (Ed.), *Life under Pressure. Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700-1900*, The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 2004, pág.390.

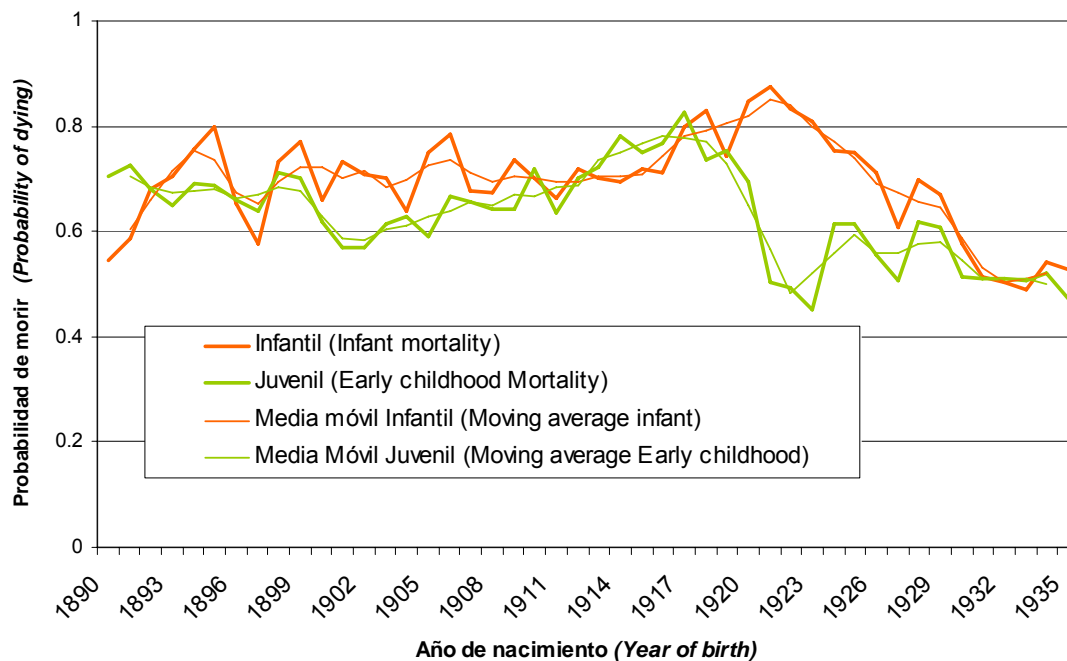
que es un indicador mucho más sensible a los cambios en los niveles de vida que la mortalidad infantil⁸²⁸.

Esta comparación específica es particularmente relevante en el caso español dada la particularidad de la estructura de la mortalidad de la infancia española. En la Europa mediterránea, a diferencia de lo que ocurre en el norte, la mortalidad juvenil durante el siglo XIX y principios del XX fue mucho mayor que la infantil. Para el conjunto de España, en 1860 a una mortalidad infantil del 184‰ le correspondía una mortalidad juvenil del 222‰ mientras que en la mayor parte de Europa la mortalidad infantil era entre un 15% y un 40% mayor que la juvenil. Tras una intensificación a principios del siglo XX, la inversión de las posiciones relativas se produjo alrededor del cambio de siglo tanto para el país como para Madrid⁸²⁹.

En el caso particular de la Inclusa, analizar la relación entre estos dos indicadores es relevante por las razones anteriores pero su lectura específica es bastante compleja por varias razones. Como en la población general, la mortalidad juvenil puede indicar las circunstancias económicas coyunturales repercutidas en la familia de la nodriza. En este indicador pueden existir efectos de composición por la mezcla de las experiencias de mortalidad de niños abandonados desde el nacimiento y aquellos abandonados mayores de un año de edad a la vez además de mezclar las experiencias dentro y fuera de la institución.

Gráfico 8.5. Mortalidad infantil (0 a 1 año) y juvenil (1 a 4 años) en la Inclusa, 1890-1935.

[Graph 8.5. Infant mortality (0-1 year) and early childhood mortality (1- 5 years) in the Foundling Hospital, 1890-1935].



Fuente: ARCM. Elaboración propia. Media móvil de 3 años.
[Source: ARCM. Own elaboration. 3-year moving average].

⁸²⁸ PRESTON y VAN DE WALLE: "Urban French Mortality in the Nineteenth Century", pág.289. WOODS: "Urban-Rural Mortality Differentials: An Unresolved Debate", pág.37

⁸²⁹ RAMIRO FARIÑAS, D.: "Il declino dellla mortalità durante l'infanzia nella Spagna urbana e rurale, 1860-1930" en *Storia Urbana* nº 119, 2008, pág.137-138; y SANZ GIMENO: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, págs.62-63 y 78.

El análisis de las cifras agregadas de mortalidad infantil y juvenil apoya esta especificidad de significado de los indicadores para la población expósita. El gráfico 8.5 muestra que el indicador de mortalidad juvenil sólo fue superior al de la mortalidad infantil en dos momentos puntuales, 1890-92 y 1897, además del periodo 1913-1917 aunque, de forma general, se mantuvo en niveles similares. En vez de encontrar el exceso de mortalidad en el periodo juvenil, los dos indicadores son similares: es un signo “mediterráneo” pero no reproduce la sobremortalidad del periodo juvenil observada en la población general⁸³⁰.

En poblaciones con mortalidad extrema, como la chilena del siglo XIX, en general la mortalidad juvenil no podía llegar a ser tan elevada como la infantil por la elevación de esta última. El hecho de encontrar unas cifras similares en ambos indicadores para la Inclusa sugiere un régimen de elevadísima mortalidad sostenida a lo largo de toda la vida en la que el propio proceso selectivo de supervivencia no garantizaba una experiencia de mortalidad más favorable en el futuro.

Además de las posibles interferencias descritas, es importante hacer notar que esta distribución diferente puede deberse también a un efecto genuino: la deficiente alimentación de los expósitos (descrita por los médicos) durante el primer año de vida a consecuencia de la carencia de nodrizas y el uso del biberón. En la población española general, el exceso de mortalidad del periodo juvenil provenía de las enfermedades gastrointestinales propias de los problemas de un destete y alimentación deficiente del niño así como de las enfermedades respiratorias. En la Inclusa, los problemas gastrointestinales derivados de la deficiente lactancia operaban desde el primer año de vida, justificando, por tanto que la mortalidad se produjera en ese momento y, más tarde, por un proceso selectivo, se produjeran muchas menos defunciones en el periodo juvenil.

8.2.2. EL RIESGO DE MORIR EN LA VIDA EXPÓSITA

Podemos profundizar en el análisis de las dinámicas que estuvieron detrás de la situación descrita en el epígrafe anterior a través de la consideración de la experiencia del riesgo de morir a lo largo de la vida expósita, permitiéndonos comprender las diferencias con la mortalidad de la niñez española o madrileña. Para ello, hemos hecho uso de la bibliografía de epidemiología y demografía englobada bajo el concepto curso de la vida.

Uno de los temas de mayor relevancia en la actualidad es la explicación de las diferencias y desigualdades en salud y mortalidad (o parte de ellas) a través del estudio de las experiencias de salud y nutrición en la infancia⁸³¹. Particularmente, se ha

⁸³⁰ En la Inclusa de Palma de Mallorca se ve una diferencia real entre ambas medidas, con la mortalidad juvenil claramente por debajo de la infantil: PUJADES MORA: *La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)*, págs.442-443.

⁸³¹ La actualidad de estas ideas enlaza con la importancia de la mejora generacional está adquiriendo en la discusión sobre las causas del descenso de la mortalidad. Desde los años 50 se ha mantenido una explicación relacionada con los cambios de periodo (intervenciones en salud pública, etc). BARBI, E. y VAUPEL, J.: “Comment on ‘Inflammatory exposure and historical changes in human life-spans’” en *Science* nº 308 (5729), 2005. No obstante, actualmente existe toda una corriente recuperando la explicación de cohortes que ya se había sugerido en la década de 1930. DERRICK, V. P. A.: “Observations on (1) errors in age in the population statistics of England and Wales, and (2) the changes in mortality indicated by the national records” en *Journal of the Institute of Actuaries* nº 58, 1927; y

estudiado su efecto tanto en la salud en distintas fases de la juventud como en la vida adulta (probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer, hipertensión, obesidad, etc.) y se han analizado contextos históricos y contemporáneos⁸³².

Los mecanismos causales responsabilizados de esta influencia de las experiencias al principio de la vida en la etapa posterior han variado: entre las aproximaciones monocausales, la hipótesis de la programación fetal de Barker localizaba el origen de las enfermedades cardiovasculares en un déficit nutricional en un momento específico de la gestación⁸³³; Fogel extendió ese momento nutricional crítico desde el desarrollo fetal hasta los tres años de edad⁸³⁴; Frizdizus desvió la atención de la nutrición a la infección⁸³⁵ al igual que Crimmins y Finch, que establecieron una relación entre la infección y el subsiguiente proceso inflamatorio con las enfermedades cardiovasculares⁸³⁶. Otros autores, como Kuh y Schloomo, han sugerido una explicación más comprensiva, utilizando un modelo de riesgos acumulados, dentro de la perspectiva del curso de la vida, que pueden mediar o intervenir entre las experiencias tempranas y la vida adulta⁸³⁷.

La influencia de las circunstancias experimentadas al principio de la vida, e incluso en el periodo fetal, no se limita a la mortalidad, sino que también se extiende a otras dimensiones de la salud que, a su vez, pueden incrementar las probabilidades de morir futuras. Por un lado, el bajo peso al nacer o el nacimiento pretérmino (síntomas de problemas en el desarrollo o en el parto) pueden incrementar la probabilidad de mortalidad neonatal y morbilidad temprana⁸³⁸, así como producir dificultades de desarrollo cognitivo visibles ya en la niñez⁸³⁹. Por otro lado, el impacto de las

KERMACK, W., MCKENDRICK, A., y MCKINLAY, P.: "Death rates in Great Britain and Sweden: some regularities and their significance" en *Lancet* nº March, 1934.

⁸³² BENGTTSSON, T. y MINEAU, G. P.: "Early-life effects on socio-economic performance and mortality in later life: A full life-course approach using contemporary and historical sources" en *Social Science & Medicine* nº 68, 2009, pág.1561; BEN-SCHLOMO, Y. y KUH, D.: "Conclusions" en BEN-SCHLOMO, Y. y KUH, D. (Ed.), *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, 2004, págs.443-463; GAGNON, A. y MAZAN, R.: "Does exposure to infectious diseases in infancy affect old-age mortality?" en *Social Science & Medicine* nº 68 (9), 2009; KUH, D. y BEN-SCHLOMO, Y.: *Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. Tracing the origins of ill-health from early to adult life*, Oxford University Press, Oxford, 1997; y SMITH, K. R. et al.: "Effects of childhood and middle-adulthood family conditions on later-life mortality: Evidence from the Utah Population Database, 1850-2002" en *Social Science & Medicine* nº 68 (9), 2009, entre otros.

⁸³³ BARKER, D.: *Mother, babies and diseases later in life*, British Medical Journal Publishing Group, London, 1994.

⁸³⁴ FOGEL, R. W. y LEE, C. H.: "New sources and New Techniques for the Study of Secular Trends in Nutritional Status, Health, Mortality and Process of Aging" en *Historical Methods* nº 26, 1993.

⁸³⁵ FRIDLIZIUS, G.: "The deformation of cohorts: nineteenth-century mortality in a generational perspective" en *Scandinavian Economic History* nº 37, 1989.

⁸³⁶ CRIMMINS, E. M. y FINCH, C. E.: "Infection, inflammation, height and longevity" en *PNAS* nº 103 (2), 2006; y FINCH, C. E. y CRIMMINS, E. M.: "Inflammatory Exposure and Historical Changes in Human Life-Spans" en *Science* (305), 2004.

⁸³⁷ KUH y BEN-SCHLOMO: *Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. Tracing the origins of ill-health from early to adult life*; y KUH, D. y BEN-SCHLOMO, Y., (eds.): *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, 2004.

⁸³⁸ JANSEN, P. W. et al.: "Explaining educational inequalities in birthweight: the Generation R study" en *Pediatrics and Perinatal Epidemiology* nº 23, 2009.

⁸³⁹ BOARDMAN, J. D. et al.: "Low Birth Weight, Social Factors, and Developmental Outcomes among Children in the United States" en *Demography* nº 39 (2), 2002.

enfermedades sobre la salud de los niños puede tener efectos a largo o corto plazo y propiciar otras enfermedades, como la combinación malnutrición-infección⁸⁴⁰.

En cualquier caso, hemos tomado de la historiografía dos mecanismos biológicos que la historiografía ha descrito para explicar cómo esas condiciones iniciales adversas podían afectar a la salud futura de una población: *scarring*⁸⁴¹ o selección⁸⁴².

Por un lado, está el proceso conocido en la historiografía anglosajona como *scarring* (debilitamiento/daño permanente). Esta situación aparece cuando ha producido un daño permanente a la salud que implica un empeoramiento de la salud y que tiene consecuencias a lo largo del resto de la vida, produciendo una mayor fragilidad, susceptibilidad a enfermedades, etc. a. Por otro, puede darse la selección, es decir, que una experiencia negativa, como una enfermedad, elimine a la población más frágil en un intervalo vital, de modo que sólo sobreviven los individuos más sanos o los que han quedado inmunizados frente a esa enfermedad, mostrando una mejor salud de la esperada en el intervalo posterior⁸⁴³.

Estos dos efectos están necesariamente mezclados en cualquier impacto a la salud y son imposibles de disociar. En nuestro análisis, por tanto, no hemos tratado de probar o negar su existencia, sino que han sido utilizados como mecanismos explicativos para abordar la evolución del riesgo de morir de los expósitos. Para abordar este análisis hemos individualizado el análisis para los dos intervalos tradicionales (mortalidad infantil e infantil) con el objetivo de tener un elemento de comparación de la salud de la población en general.

8.2.2.1. La mortalidad infantil

Dentro del primer año de vida, numerosos trabajos tanto sobre mortalidad contemporánea como sobre tiempos históricos han encontrado evidencias de una distribución de las defunciones caracterizada por la elevación máxima de mortalidad alrededor del momento del parto y el descenso a partir de ese momento. El caso español no es una excepción y durante nuestro periodo de estudio se documenta una mortalidad muy elevada en el primer mes de vida. Lógicamente, la mortalidad en otros intervalos de más duración suele ser más elevada, entre el primer y sexto mes o el tercer y el octavo mes, dependiendo de los intervalos elegidos en cada contexto, que son los intervalos de mayor mortalidad acumulada dentro del primer año de vida⁸⁴⁴.

⁸⁴⁰ QUARANTA, L. y BENGTTSSON, T.: “How conditions in early life affect mortality by age and gender: Southern Sweden, 1830-1968”, comunicación presentada en el *Population Association of America Conference*, Washington DC, March 31-April 2, 2011; y RICE, A. L., HYDER, A., y BLACK, R. E.: “Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries” en *Bulletin of the World Health Organization* nº 78 (10), 2000.

⁸⁴¹ Los primeros en hablar del fenómeno de *scarring* fueron PRESTON, S., HILL, M. E., y DREVENSTEDT, G. L.: “Childhood conditions that predict survival to advanced ages among African-Americans” en *Social Science & Medicine* nº 47 (9), 1998.

⁸⁴² QUARANTA, L. y BENGTTSSON, T.: “How conditions in early life affect mortality by age and gender: Southern Sweden, 1830-1968”, comunicación presentada en el *International Workshop on Death Clustering*, Umeå, 22-23 Octubre, 2010.

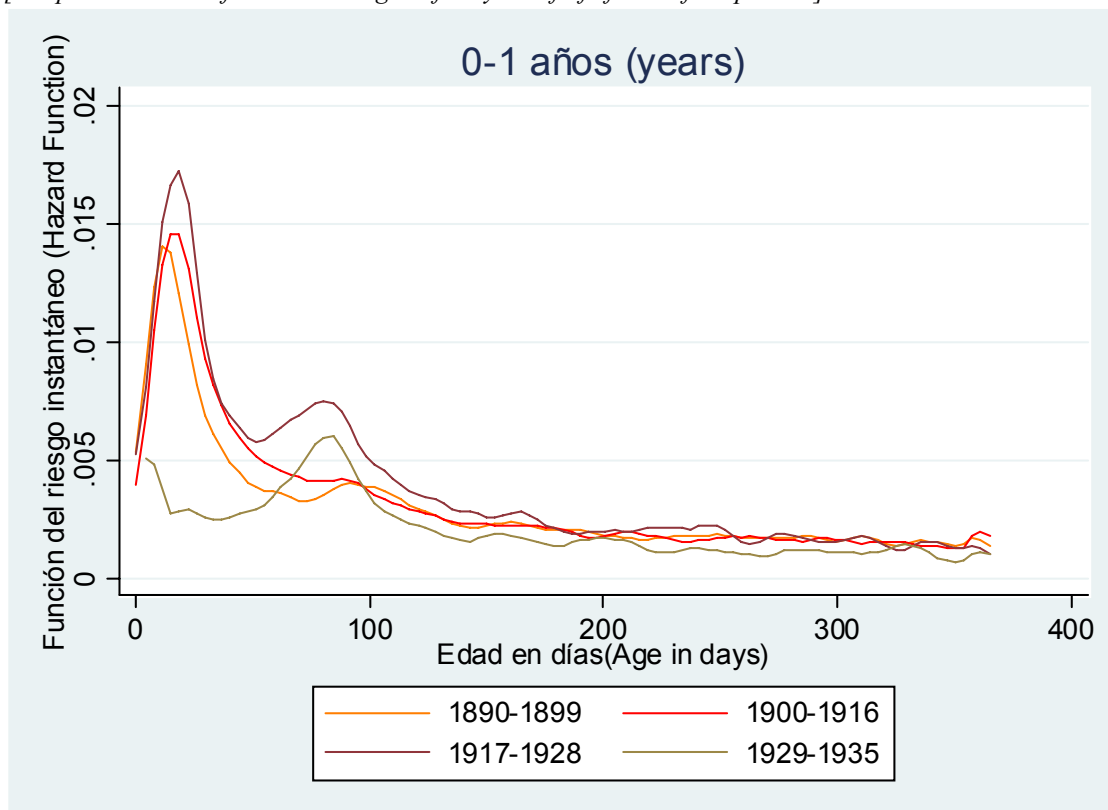
⁸⁴³ FRIDLIZIUS: “The deformation of cohorts: nineteenth-century mortality in a generational perspective”.

⁸⁴⁴ REHER, PÉREZ MOREDA, y BERNABEU MAESTRE: “Assessing change in historical context. Childhood mortality patterns in Spain during the demographic transition”, pág.45; y RAMIRO

Al referimos a la mortalidad institucional, es necesario analizar cuidadosamente los datos ya que hemos visto que no seguía la mortalidad nacional en algunos aspectos. Cuando observamos las cifras agregadas de la Inclusa para esos intervalos, la imagen que emerge es radicalmente distinta, sugiriendo una particular estructura de mortalidad. La mortalidad era mucho más elevada durante el primer y durante el segundo mes que durante los meses 3 a 8 juntos, lo que requiere un análisis específico.

Gráfico 8.6. Función del riesgo instantáneo durante el primer año de vida para los cuatro periodos.

[Graph 8.6. Hazard function during the first year of life for the four periods].



Nota: suavizado con un kernel gaussiano de banda 5. Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Note: function smoothed with a gaussian kernel with bandwidth 5. Source: ARCM. Own elaboration].

Para evitar las comparaciones de agregados de meses que siempre implican cierta arbitrariedad de la agrupación, en el gráfico 8.6. hemos realizado una representación continua de la experiencia del riesgo de morir a lo largo del primer año de vida. Esencialmente se trata de una representación estilizada del riesgo de morir diario⁸⁴⁵. Esta aproximación es bastante novedosa para los estudios de expósitos ya que, en general, no se dispone de la calidad ni cantidad de datos necesarios para abordar el análisis. Este hecho limita nuestra capacidad de comparación con otros contextos pero

FARIÑAS: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*, pág.379.
SANZ GIMENO: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, pág.69.

⁸⁴⁵ Se ha utilizado la función del riesgo instantáneo, derivada de la función del riesgo acumulado obtenida a través del paquete estadístico Stata definiendo los datos como longitudinales. Hemos usado un kernel gaussiano en el suavizado pero se ha comprobado que la imagen que obtenemos no depende de éste ya que se ha utilizado un kernel triangular o epachnikov, sin encontrarse diferencias.

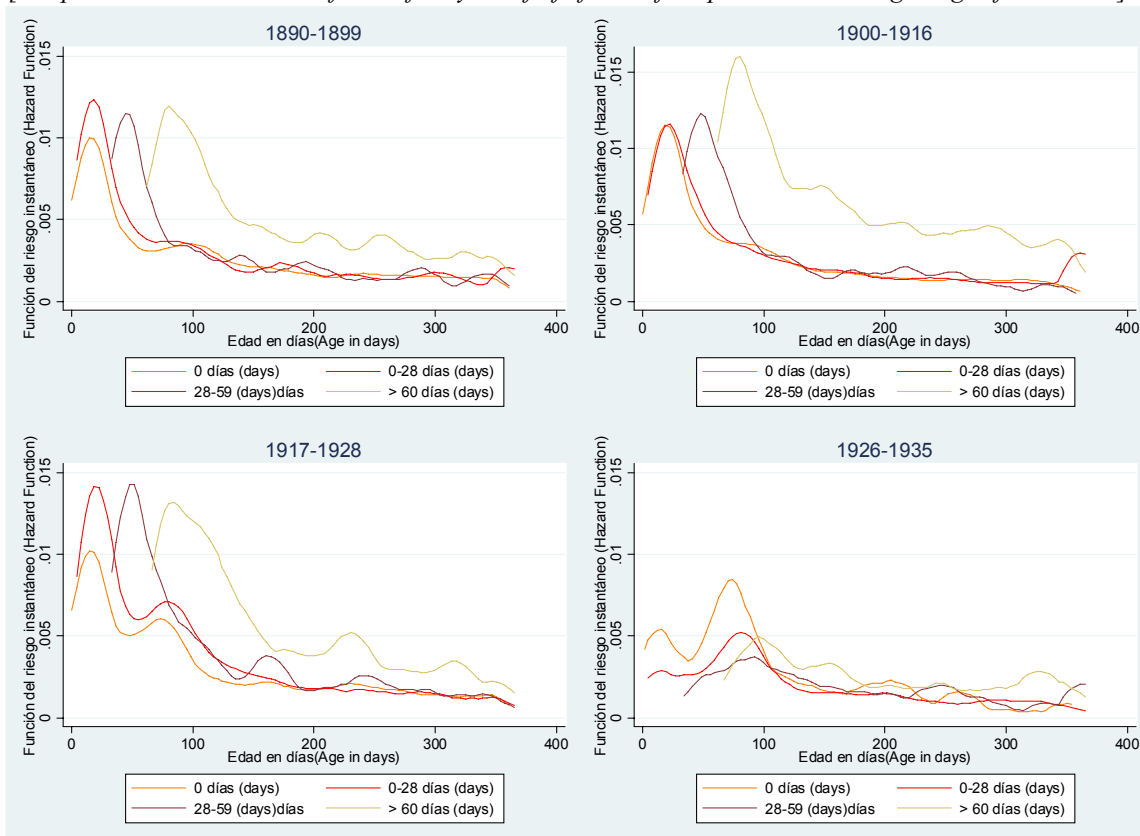
abre una puerta para posibles estudios futuros⁸⁴⁶. En este gráfico aparecen precisamente dos momentos en los que la mortalidad expósita no sigue la trayectoria esperable de la mortalidad infantil y que, posiblemente, se deban al tratamiento institucional: una elevación de la mortalidad entre la segunda y la tercera semana de vida y entre la novena y la decimoquinta semana (finales del segundo mes y el principio del tercer mes de vida).

A. La elevación de la mortalidad en la segunda semana de vida: el efecto institucional

La primera elevación de la mortalidad (en la segunda y tercera semana de vida) no fue un fenómeno estático: se mantuvo estable durante los primeros 25 años de nuestro estudio, aumentó en el periodo de máxima mortalidad, 1917-1928, para desaparecer casi completamente en el último periodo.

Gráfico 8.7. Función del riesgo instantáneo durante el primer año de vida para los cuatro periodos en función de la edad de entrada a la institución.

[Graph 8.7. Hazard Function for the first year of life for the four periods according to age of admission].



Nota: suavizado con un kernel gaussiano de banda 10. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: function smoothed with a gaussian kernel with bandwidth 10. Source: ARCM. Own elaboration].

Antes de aceptar este resultado como un efecto específico de las condiciones de la Inclusa sobre la salud de los expósitos es preciso descartar primero que no se trate de

⁸⁴⁶ El único contexto comparable es la Inclusa de Palma, en la que se documenta una similar relación entre la mortalidad neonatal y post-neonatal, como en el caso general. PUJADES MORA: *La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)*, pág.455.

un efecto artificial o fruto de situaciones que no tienen que ver con el tratamiento de los expósitos. Como ya hemos repetido en los capítulos anteriores, es preciso mantener la vista en los procesos de producción y registro de datos, determinados por el contexto histórico e ideológico, para asegurar que el análisis cuantitativo está al servicio de la explicación y respeta la naturaleza de los datos. Consecutivamente, hemos descartado que se tratase de un efecto de composición de la muestra, problemas relacionados con la política de registro o la calidad de los datos.

El efecto composición podría estar producido por la mezcla de experiencias de distintos colectivos de niños: por ejemplo, sería posible que se tratara de la experiencia de mortalidad a la entrada de aquellos admitidos con una semana y que su peso en las cifras totales dirigiera la estimación. Para estudiar este aspecto, se ha representado en el gráfico 8.7 la función del riesgo para los cuatro periodos, en función de la edad de entrada categorizada en cuatro grupos. Se pueden extraer dos conclusiones de este gráfico. En primer lugar, se constata que el efecto observado responde a un riesgo real de las vidas de los niños abandonados entre el nacimiento y la primera semana de vida. Y, en segundo lugar, al constatarse el sistemático incremento de la mortalidad una semana después del abandono en los distintos grupos de edad a la entrada, podemos hablar de que existe un fenómeno de elevación de la mortalidad una semana después del abandono, es decir, que es una manifestación puntual de un “efecto del abandono institucional” que afecta a todos los grupos de niños entrando en la Inclusa. En todos los grupos de edades (no mostrados en el gráfico por razones de simplificación), se replica el mismo patrón.

Aunque parezca presente en todos los grupos de edad, una deficiente calidad del registro de las defunciones durante la primera semana de vida podría ser responsable del efecto observado en la primera semana. No obstante, el número de casos de destino desconocido es muy pequeño y, la presencia de fechas finales para el resto no sugiere la posibilidad de ocultamiento. Y, aunque lo hubiera, esa falta de registro de defunciones tendría que extenderse a todos los grupos de edad para crear el mismo patrón, lo que no parece muy factible.

También podría deberse a un subregistro de la población realmente en riesgo: la falta de inscripción del nacimiento y la defunción de los niños que morían a las pocas horas del parto haría parecer la mortalidad más favorable de lo que era. Dada la exhaustividad del proceso de registro, no parece que este problema pudiera ser el responsable de la aparición del fenómeno. Por un lado, sabemos que al menos hasta 1917, todas las criaturas que nacían en la Maternidad eran enviadas a la Inclusa, incluso si morían unas horas más tarde. Este efecto se daría en cierta medida con aquellos niños que morían en el propio parto, o muy poco después, que efectivamente nunca llegaban a la Inclusa. Nuestras comprobaciones revelan que se trataba de un número muy reducido de casos. De hecho, cuando se comparan las estadísticas de nacimientos publicadas con nuestros registros, contamos con más nacimientos de los reportados por las fuentes oficiales. Por otro lado, en las entradas procedentes del torno también debía existir ese efecto selectivo porque sólo contamos con aquellos que fueron abandonados. No obstante, el hecho de que se encuentre un patrón de mortalidad idéntico al de la Maternidad sugiere que, pese a su existencia, esta selección no explica en sí misma todo el problema.

Las reticencias a aceptar la imagen que presenta el gráfico, no obstante, no se anclan sólo en el mero análisis demográfico (la falta de coincidencia de los patrones). Desde el punto de vista teórico, sería esperable que la mortalidad de los niños en los días siguientes a la admisión fuera máxima durante varios días y posteriormente descendiera rápidamente, dadas las denuncias del abandono de niños enfermos e incluso agonizantes y muertos (aunque esto precisamente hablaría de una selección hacia salud negativa). No obstante, también se podría argumentar que el abandono se hacía en la mayor parte de los casos para “salvar la vida” de los expósitos por lo que el número de niños que morían nada más ser ingresados por las deficiencias a su entrada no debía ser demasiado elevado, como sugieren los comentarios médicos.

Finalmente, parece que podría haber ciertos factores selectivos en funcionamiento, que harían que la población admitida tuviera una salud más favorable de lo normal (ya que los más frágiles no habrían ingresado). No obstante, la intensidad de la mortalidad que documentamos no puede explicarse exclusivamente en esos términos. Nuestra hipótesis de esta alteración de la experiencia “normal” de mortalidad de los expósitos sería la existencia de un “efecto del abandono institucional” actuando sobre ese sustrato quizá ligeramente seleccionado. Tras esa situación normal o ligeramente aventajada, la entrada en la institución suponía un shock generalizado sobre la salud de los expósitos, posiblemente responsable del empeoramiento de la mortalidad a través de dos factores: la alimentación y el ambiente patológico dentro de la Inclusa.

Como hemos discutido con extensión en el capítulo 6, la alimentación en la Inclusa introducía a los niños a una nutrición necesariamente deficiente, ya fuera a cargo de las sobre-explotadas nodrizas internas o del ineficiente biberón de fórmula o leche. Según la memoria del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial de 1918, tanto aquellos que eran exclusivamente lactados con el biberón como aquellos sometidos a la lactancia mixta durante más de 5 días eventualmente morían. Más de la mitad de ellos lo hacían a raíz de trastornos de nutrición y afecciones intestinales (entre ellas, atrofia por hipoalimentación) y la otra mitad moría a causa de otras enfermedades, probablemente agravadas por la mala alimentación recibida. Entre ellas, los propios médicos destacaban las bronconeumonías que, en los niños lactados con nodriza, sólo eran fatales en el 50% de los casos mientras⁸⁴⁷ que en los lactados artificialmente eran mortales⁸⁴⁸. Es interesante resaltar esta relación encontrada por los médicos ya que la bibliografía médica actual ha encontrado una importante asociación entre distintas patologías y la malnutrición en los países en desarrollo, confirmando sus efectos letales particularmente en interacción con la neumonía⁸⁴⁹.

Para aquellos expósitos lactados por nodrizas internas, este tratamiento aumentaba su probabilidad de supervivencia, aunque no era garantía absoluta. Es importante recordar que era normal, aunque no siempre recomendado por los médicos, que una nodriza lactara a más de un niño y los médicos insistían en la falta de robustez tanto de las nodrizas internas como externas. De hecho, la deficitaria alimentación de los expósitos se manifestaba en el hecho de que casi ninguno había logrado alcanzar el

⁸⁴⁷ *La mortalidad de los niños de la Inclusa: sus causas y remedios*, pág.4.

⁸⁴⁸ *Ibid.*, pág.5.

⁸⁴⁹ RICE, HYDER, y BLACK: “Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries”; y JOBAYER CHRISTI, M. et al.: “Pneumonia in severely malnourished children in developing countries- mortality risk, aetiology and validity of WHO clinical signs: a systematic review” en *Tropical Medicine and International Health* nº 14 (10), 2009.

peso adecuado para su edad en el momento de ser enviados a lactar⁸⁵⁰. Dado que generalmente sólo los niños sanos eran los que salían a lactar, no es difícil concluir que la alimentación de los niños en la Inclusa que nunca fueron enviados al campo debía ser todavía mucho más deficiente.

El segundo gran factor que afectaba seriamente la salud expósita era el propio ambiente patológico de la inclusa, donde se agrupaban lactantes y destetados con ninguna o muy pocas previsiones de aislamiento. La mortalidad tanto infecciosa como no infecciosa por falta de condiciones de aislamiento y cuidado adecuado, pese a los esfuerzos médicos, era muy elevada, influyendo dramáticamente en la salud de los niños y, posiblemente, acabando con los más débiles rápidamente.

El “efecto institucional” elevaba la probabilidad de morir de los niños durante una serie de días después del abandono, acabando rápidamente con los niños más frágiles (por condiciones iniciales y/o tratamiento). La distancia entre entrada y el pico de la elevación de la mortalidad se explica por la resistencia orgánica propia de los niños ante el tratamiento institucional como por los periodos de incubación de las distintas infecciones responsables de su muerte y, posiblemente, a una combinación de ambos. Dado que el colectivo mayoritario de los abandonados en la primera semana adquiriría una mortalidad “normal” tras ese momento, los grupos de niños que se les van sumando y experimentando su propio efecto institucional no suponían una parte suficientemente grande del total como para que su contribución a la mortalidad afectara la estimación general. No obstante, la diferencia en la variación del riesgo entre la entrada y la semana posterior sugiere que la fragilidad de los recién nacidos ante estos procesos los hacía sufrir sus consecuencias con mayor intensidad.

Como ya hemos adelantados, este fenómeno se mantuvo en operación de forma estable y con una influencia similar en todos los periodos a excepción del periodo 1928-1935, donde su efecto disminuyó hasta casi desaparecer. Probablemente este cambio deba atribuirse a las modificaciones en la gestión de los niños, que empezaron a implementarse a partir de 1920, el traslado, la mejora del departamento del biberón en las instalaciones de la calle O'Donnell, la política de atracción al nodridaje a las madres que abandonaban a sus hijos, etc.

Los diagnósticos de estas defunciones se encontraban tanto entre las enfermedades de tipo infeccioso como de tipo no infeccioso, siendo imposible identificar el incremento específico de enfermedades particulares, lo que sugiere un efecto dramático de alimentación y carga patológica⁸⁵¹.

***B. La elevación de mortalidad entre el segundo y tercer mes:
¿un efecto del scarring del efecto institucional?***

La elevación de mortalidad producida en el segundo mes de vida experimentó una evolución muy diferente del exceso de mortalidad de la primera semana. En el periodo anterior a 1917 su incidencia era poco visible pero se hizo muy pronunciada

⁸⁵⁰ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, pág.20.

⁸⁵¹ También se ha analizado esta alteración en función de las demás variables disponibles (estación de nacimiento, sexo, origen, etc) pero ninguna de ellas ha mostrado una asociación específica con esta elevación.

particularmente en el último periodo, 1929-1935. En principio parece desvinculada del efecto del abandono institucional ya que se encuentra igualmente en los dos últimos periodos pese a la reducción de la mortalidad en la segunda semana de vida sólo se había producido en uno de ellos.

La génesis de esta segunda anomalía también parece provenir de un efecto específico de la estancia en la Inclusa ya que no parecen existir explicaciones en la literatura que den cuenta de esta situación. Se han barajado algunas de ellas, como en caso anterior, aunque ninguna explica satisfactoriamente este fenómeno. Podría sugerirse el deficiente o inadecuado inicio de la alimentación complementaria como explicación de la elevación de la mortalidad entre el tercer y el octavo mes pero existen varias razones en contra. En primer lugar, el marco temporal es demasiado temprano para cuadrar con esa explicación ya que la alimentación complementaria se iniciaba más tarde de los tres meses. En segundo lugar, aunque pudiera aceptarse que se diera este caso en los niños lactados en pueblos por las malas prácticas de las nodrizas externas, la permanencia de muchos niños durante los primeros dos meses de vida en la institución garantiza que no se les alimentaba complementariamente tan temprano, dado que estaban bajo la vigilancia médica.

Otra posible explicación sería el efecto de composición. Es posible que esta elevación de la mortalidad correspondiera exclusivamente a los niños que lactaban en pueblos, alimentados o tratados incorrectamente por sus nodrizas. El análisis por separado de ambos colectivos sugiere que existía una elevación de la mortalidad tanto entre los niños conservados en el interior de la institución como entre los enviados a lactar, aunque con distintas dimensiones, dado que la mortalidad de los niños residiendo en pueblos siempre era inferior a la de los criados en la institución.

Finalmente, se podría pensar que esta elevación era causada por el “efecto institucional” de aquellos abandonados a los dos meses. No obstante, según hemos visto en el gráfico 8.7, si se analizan los colectivos abandonados antes de los dos meses por separado, se observan los dos efectos. De modo que, pese a que posiblemente existía una relación entre ellos, no se trataba del mismo fenómeno.

Descendiendo a la evolución de las curvas de mortalidad en periodos anuales (mostradas en el gráfico 8.8) se puede advertir que, en realidad, sí estuvo relacionada con la primera elevación de la mortalidad en la primera semana de vida pese a que los periodos agregados no muestren esa imagen. Existió una consistente tendencia a la elevación de la mortalidad a finales del segundo mes conforme disminuía la mortalidad durante la segunda semana de vida. En el periodo 1917-1921 el incremento coincidió con la elevación general de la mortalidad y de ocurrida durante la segunda semana de vida. Sin embargo, desde 1923-1924, la mortalidad del segundo mes coincide con el inicio del descenso de la mortalidad de la primera semana de vida. Alcanzó su punto álgido en 1925, tras el cual disminuyó ligeramente de forma pareja a la mortalidad de la segunda semana de vida.

La distribución por grupos de causas de muerte en los dos últimos periodos muestra que la elevación de la mortalidad estaba provocada tanto por causas de tipo infeccioso como por causas no infecciosas, como ocurría con la primera elevación de la mortalidad. En este caso se han podido identificar las causas fundamentalmente responsables de la elevación de la mortalidad. Por un lado, entre las causas infecciosas,

las relacionadas con enfermedades transmitidas por el aire, particularmente las respiratorias, son las responsables de la aparición de la elevación de la mortalidad. Por otro lado, entre las no infecciosas, las catalogadas como vicios de conformación y externas que agrupan condiciones como atrofia y atrepsia son las fundamentalmente responsables del aumento de la mortalidad.

Estas evidencias nos han llevado a esbozar una segunda hipótesis: el retraso de las últimas consecuencias del “efecto institucional”, provocado por el *scarring* producido por la entrada del niño en la institución en aquellos casos en los que no se había producido la defunción. Pese a que el shock inicial producía la muerte de los individuos más frágiles, además dañaba irremediabilmente la salud de los supervivientes, haciéndolos más vulnerables frente a futuros shocks sobre su salud.

Este efecto parece perceptible en los momentos de la máxima elevación de la mortalidad institucional pero su afianzamiento conforme descende la mortalidad de la segunda semana sugiere que, con el descenso de la mortalidad al principio de la vida, parte de las defunciones que no se experimentaban entonces como resultado del shock inicial tenían consecuencias fatales varias semanas después. El efecto directo sobre la salud en forma de defunciones se reducía porque la mejora de las condiciones permitía a los niños sobrevivir al impacto inicial. No obstante, la salud del niño quedaba comprometida de modo que, con la llegada de nuevas oleadas de enfermedades o simplemente del empeoramiento de las condiciones de vida en la institución, provocaba las muertes, postergadas en el tiempo.

El hecho de que las causas de muerte relacionadas con enfermedades respiratorias sean las responsables de la elevación ofrece respaldo a esta explicación ya que se han descrito efectos de co-morbilidad entre malnutrición severa y enfermedades del tracto respiratorio. Como ya se ha descrito, tanto los niños lactados parcialmente por nodrizas y biberón como aquellos lactados enteramente por nodrizas sufrían procesos de malnutrición y trastornos digestivos que los situaban en una posición de vulnerabilidad frente a las enfermedades de la infancia. Se trata de un ejemplo del ciclo infección y malnutrición⁸⁵².

La presencia de los vicios de conformación como la otra causa responsable de esta elevada mortalidad en el segundo mes también enlazaría con esta explicación. Las rúbricas fundamentales contenidas en esta categoría (atrofia, atrepsia) pueden recoger el desenlace de la incapacidad de los médicos de mantener con vida niños con importantes patologías de nacimiento así como otras contraídas en la institución (a causa de la lactancia) más allá de unos meses.

Podemos concluir que la Inclusa ejercía una dramática alteración sobre el patrón de mortalidad infantil tradicional para los niños abandonados, generando unas alteraciones en la curva “normal” de la mortalidad infantil causadas por el impacto del abandono (y la entrada en la institución) en la salud. Este efecto institucional se

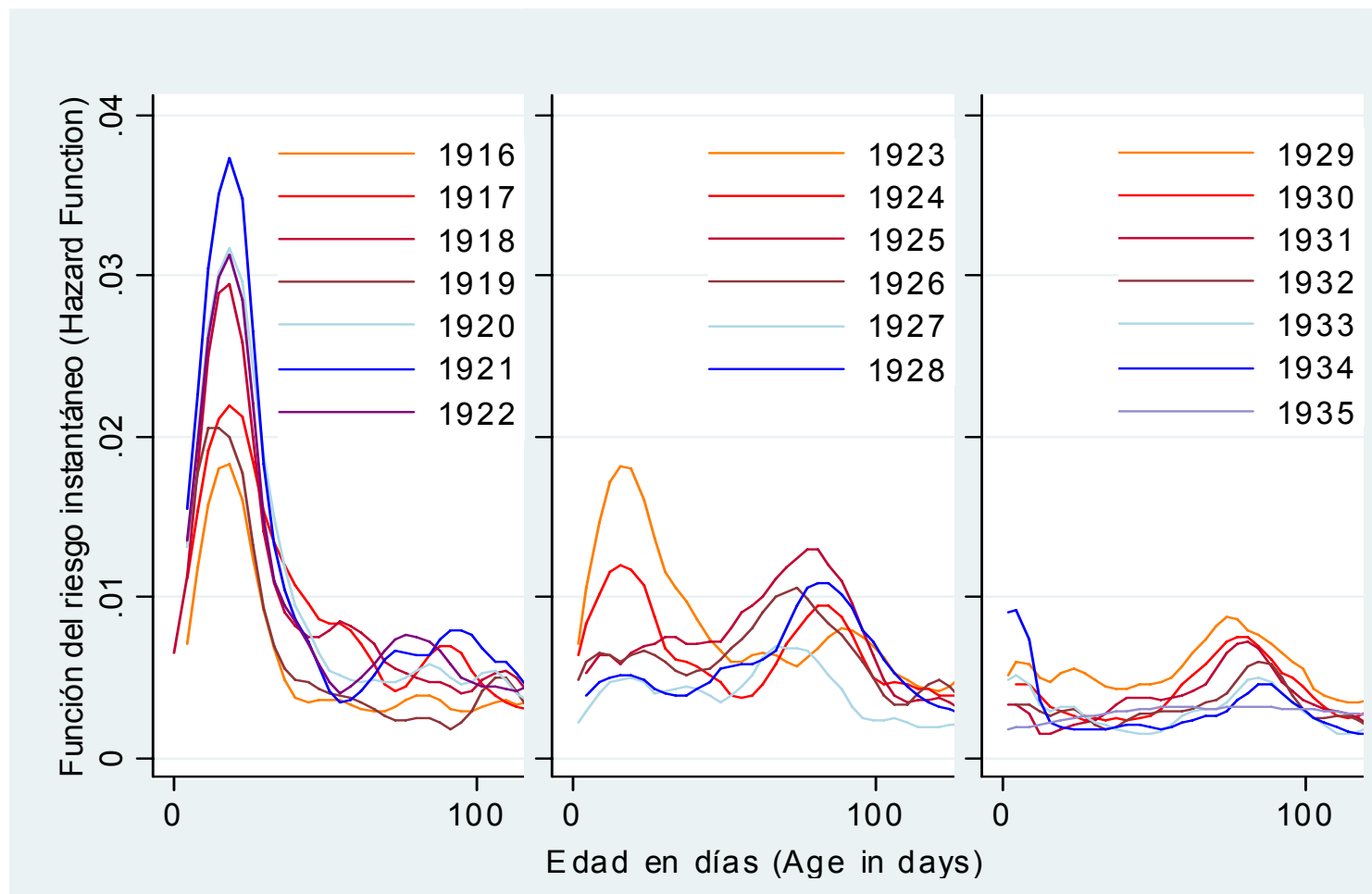
⁸⁵² JOBAYER CHRISTI et al.: "Pneumonia in severely malnourished children in developing countries-mortality risk, aetiology and validity of WHO clinical signs: a systematic review"; RICE, HYDER, y BLACK: "Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries"; and VAN NORREN, B. y VAN VIANEN, H.: *The Malnutrition-Infections Syndrome and Its Demographic Outcome in Developing Countries*, Programming Committee for Demographic Research, La Haya, 1986.

manifestaba bajo dos formas: cuando la mortalidad era muy intensa, el shock inicial acababa con los niños más frágiles rápidamente pero, en la medida en que ese impacto inicial disminuyó su letalidad, el daño a la salud infantil que provocaba esa situación en los supervivientes los situaba en una posición muy desaventajada para lidiar con enfermedades futuras o con la recuperación total a corto plazo de las enfermedades que habían contraído.

Aunque la literatura sobre expósitos, en general, no ha estudiado la mortalidad infantil en la institución desde el punto de vista demográfico con este nivel de detalle (explícitamente abordando la experiencia expósita del riesgo a morir y el papel de la institución en su patrón), el descubrimiento de este efecto parece fácilmente extensible a este tipo de instituciones. En muchos contextos institucionales se describe la elevada mortalidad producida por las deficientes condiciones de la institución a la llegada de los niños por lo que es esperable que, de realizarse el mismo tipo de análisis, se encontrara una coincidencia en este tipo de patrón de mortalidad en todas las instituciones.

Gráfico 8.8. Función del riesgo instantáneo durante los primeros 100 días de vida en la institución, 1916-1935.

[Graph 8.8. Hazard function for the first 100 days in the institution across time, 1916-1935].



Nota: suavizado con un kernel gaussiano de banda 5. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: function smoothed with a gaussian kernel with bandwidth 5. Source: ARCM. Own elaboration].

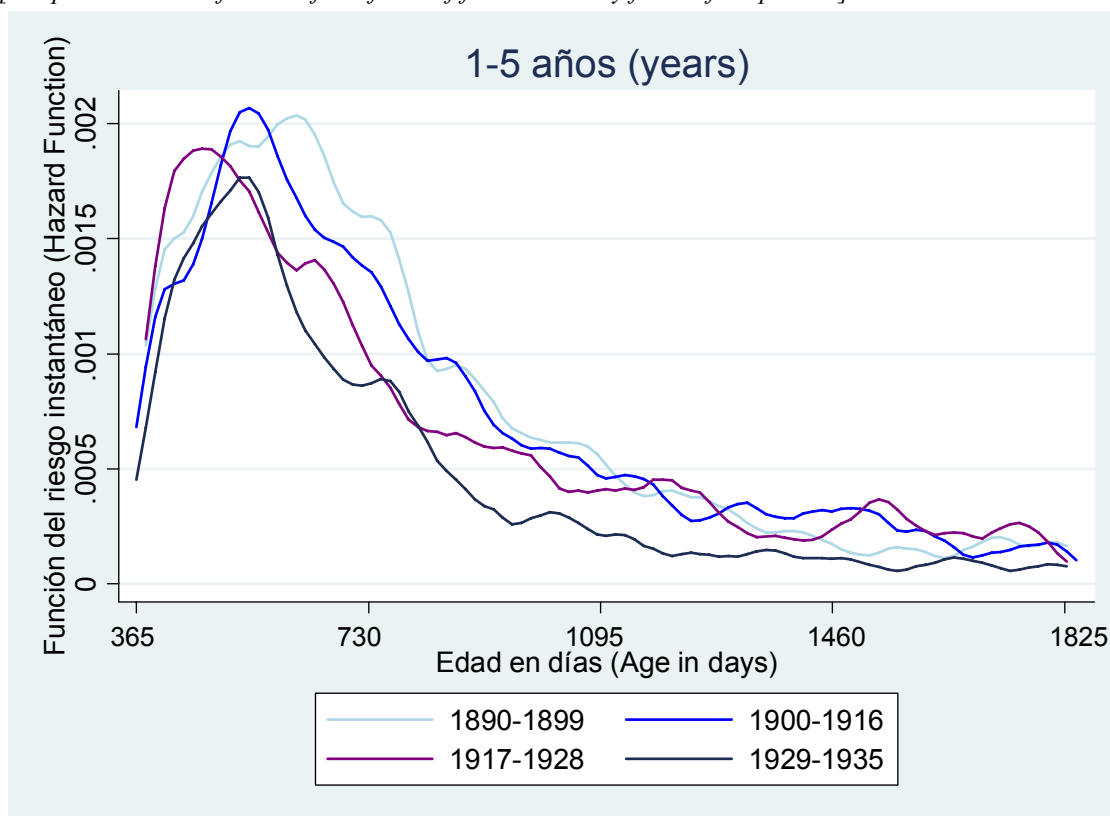
8.2.2.2. La mortalidad juvenil en la Inclusa de Madrid: el efecto del destete

Los expósitos encaraban su segundo año de vida en una situación de salud con influencia contrapuestas: por un lado, habían sido fuertemente seleccionados por salud ya que habían resistido a las dos elevaciones máximas de mortalidad del primer año de vida; pero, por otro lado, quizá estaban muy debilitados por el proceso de *scarring* y, por tanto, presentaban un estado de salud muy frágil para enfrentar los riesgos del resto de la infancia.

En el gráfico 8.9 se ha representado el riesgo de morir durante el periodo desde el primer aniversario (excluyendo deliberadamente la mortalidad infantil) hasta alcanzar el quinto aniversario para los cuatro periodos que estamos estudiando. A través de él obtenemos una imagen complementaria de lo que ya habían mostrado los indicadores de mortalidad entre los distintos aniversarios.

Gráfico 8.9. Función del riesgo instantáneo desde el primer al quinto aniversario para los cuatro periodos.

[Graph 8.9. Hazard function from first to fifth anniversary for the four periods].



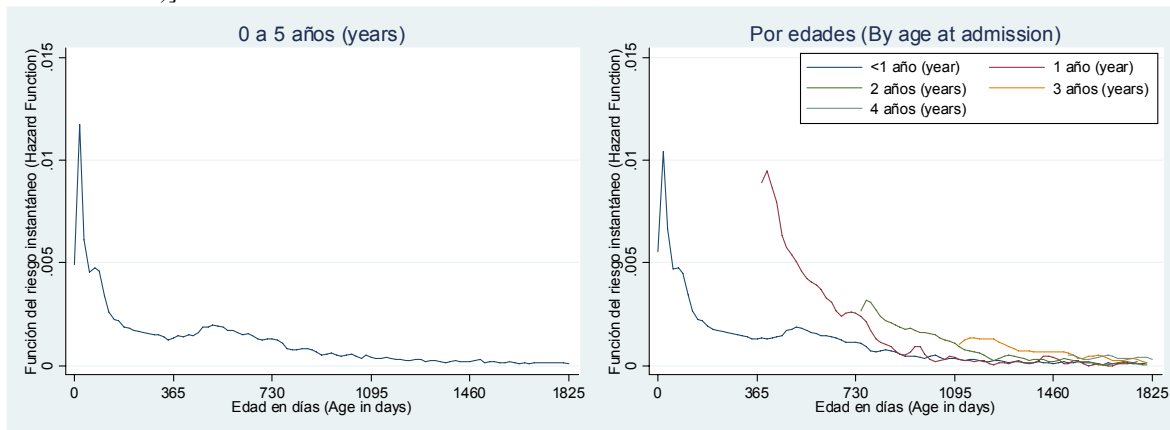
Nota: suavizado con un kernel gaussiano de banda 50 Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Note: function smoothed with a gaussian kernel with bandwidth 50. Source: ARCM. Own elaboration].

Vemos claramente la disminución de la mortalidad, según avanza el tiempo, y por otro, vemos que la imagen de similitud entre las probabilidades de defunción entre el tercer y cuarto año y entre el cuarto y el quinto en este caso muestra un descenso suave o incluso estabilidad. La característica más importante es una elevación de mortalidad que se produce alrededor de los 18 meses de vida.

En este caso, parece bastante factible aceptar que la elevación está probablemente relacionada con el destete definitivo y el inicio de los riesgos asociados a éste aunque, como en los casos anteriores, es importante constatar que las características de los datos no han intervenido en la creación artificial de esta tendencia. Así, se ha descartado que esta elevación se deba a causa de la composición de los datos. La selección ejercida por la entrada de niños a la Inclusa con un año de edad podría producir una población seleccionada, de forma que la mortalidad juvenil descrita no se ajustara a la experiencia real de los niños abandonados desde el origen sino a la de los recién llegados (los admitidos con un año). En los gráficos 8.10 a y b se ha incluido toda la experiencia del riesgo de morir desde el día 0 hasta el 5 aniversario y se han obtenido las curvas específicas para los distintos grupos de edad, para comprobar este punto.

Gráfico 8.10.a y b. Función del riesgo instantáneo desde el nacimiento/abandono hasta el quinto aniversario (total y clasificado por edad a la entrada).

[Graph 8.10. Hazard function from birth/admission until the 5th anniversary (total and classified by age at admission)].



Nota: suavizado con un kernel gaussiano de banda 10. Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Note: function smoothed with a gaussian kernel with bandwith 10. Source: ARCM. Own elaboration].

De estos gráficos, además, se pueden extraer dos conclusiones fundamentales. En primer lugar, la elevación de mortalidad a los 18 meses era una característica de la vida expósita de aquellos que habían sido abandonados con menos de un año ya que su curva sigue perfectamente la curva general mientras que apenas existe una elevación en la mortalidad de aquellos abandonados con posterioridad. Evidentemente, el hecho de que la experiencia de mortalidad de los niños menores de un año determine los rasgos generales de la experiencia de mortalidad juvenil general no es un hecho inesperado, dada la importancia cuantitativa de este grupo (hasta un 70% de las admisiones) pero es importante tenerlo en cuenta para los análisis posteriores.

En segundo lugar, se aprecian evidencias de la actuación del efecto institucional a todas las edades aunque con mucha menor intensidad. También para los niños mayores de un año, el efecto selectivo del abandono se conjugaba con el shock a la salud que suponía la admisión a la Inclusa para producir el incremento de la mortalidad de esos niños en las semanas siguientes al abandono. Tras alcanzar un momento máximo de mortalidad, volvía a reducirse y descender monotónicamente. En este caso específico, dado que los niños admitidos eran mayores, el efecto parece no ser tan concentrado en unas semanas y se extiende en el tiempo. Probablemente, una mejor salud de partida, una mejor alimentación por sus madres y una menor (o inexistente)

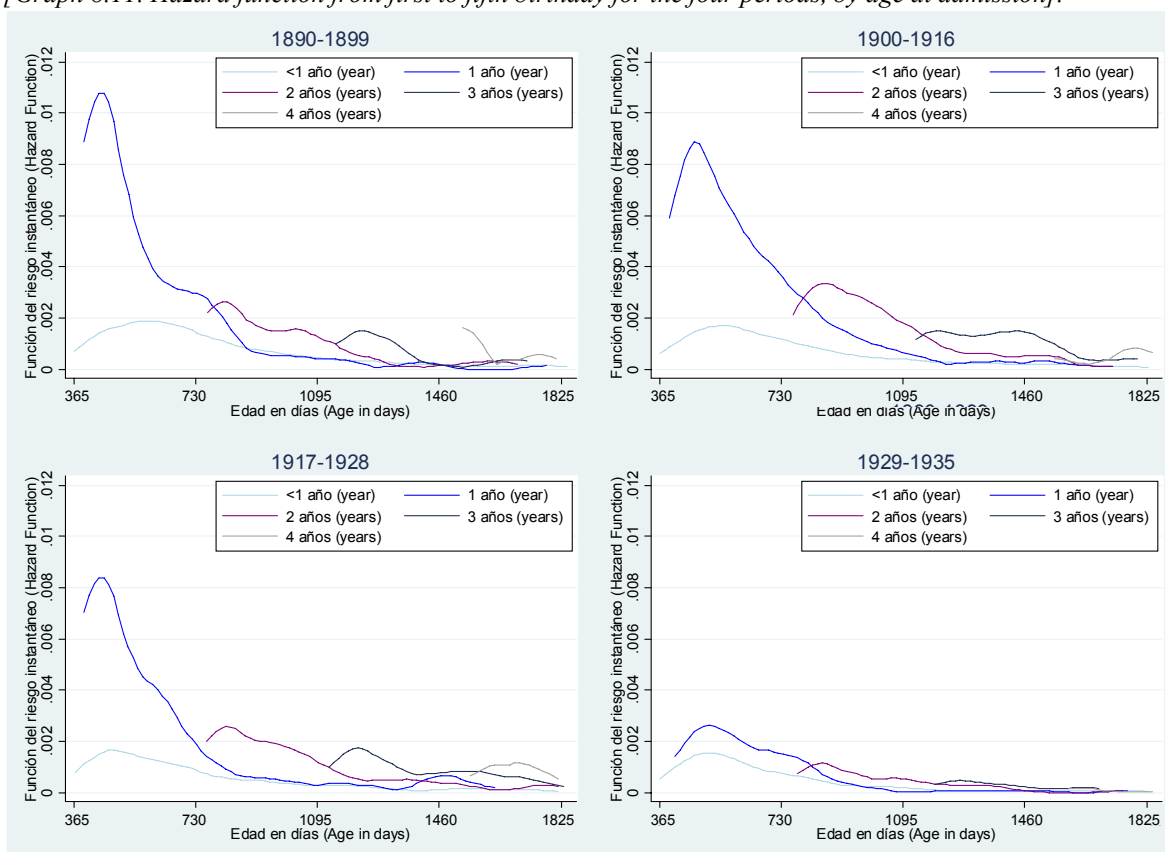
dependencia de la leche materna, contribuían a disminuir su importancia. En cualquier caso, como ocurría para los mayores de un mes al ser comparados con aquellos ingresados con anterioridad, los niños mayores de un año al ingreso suponían una cantidad tan pequeña que su experiencia de mortalidad específica queda subsumida en la estimación general.

A pesar de que la elevación de la mortalidad de los 18 meses quede explicada así por el destete y las circunstancias que lo rodeaban, es interesante observar la evolución de todas las edades para comprender la evolución de los riesgos durante la vida institucionalizada. En el gráfico 8.11 se ha representado nuevamente el riesgo de morir en la etapa juvenil en función de la edad de la entrada, en esta ocasión desagregando el análisis para los cuatro sub-periodos.

Claramente, la experiencia de los admitidos con un año era radicalmente distinta del resto de edades: el efecto institucional era mucho más fuerte para ellos y, probablemente, interaccionaba con el inicio de la alimentación complementaria, lo que explicaría el nivel de riesgo de hasta el cuádruple con respecto a aquellos admitidos desde el principio.

Gráfico 8.11. Función del riesgo instantáneo desde el primer hasta el quinto aniversario para los cuatro periodos, por edad a la entrada.

[Graph 8.11. Hazard function from first to fifth birthday for the four periods, by age at admission].



Nota: suavizado con un kernel gaussiano de banda 50 Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Note: function smoothed with a gaussian kernel with bandwidth 50. Source: ARCM. Own elaboration].

El hecho de que sea este grupo en especial el que tiene una trayectoria divergente a lo largo del periodo se explica por una razón fundamental: se trataba de un colectivo de niños todavía parcialmente dependiente de la lactancia para su

supervivencia y, por tanto vulnerable, en comparación con aquellos admitidos con más de dos años. Comparados con los menores de un año, al no haber experimentado la intensidad de la mortalidad institucional, eran un grupo menos seleccionado y que recibía de manera inesperada el choque que suponía el abandono.

Algunos de esos niños quedaban dentro de las instalaciones de la Inclusa (ya fuera en el Caserón de Embajadores o en el Asilo de San José) por lo que se enfrentaban al ambiente patológico de la institución, con deficientes medidas de aislamiento e insuficientes previsiones para el cuidado y la supervivencia completamente satisfactoria de los niños asilados. Otros eran enviados a lactar y quedaban a merced del cuidado de nodrizas externas que necesariamente les daban un trato y alimentación radicalmente distintos de los que podían haber disfrutado hasta ese momento en el hogar materno.

Tanto las condiciones de vida dentro de la Inclusa (con las nuevas instalaciones creadas en la Calle O'Donnell) como la vigilancia de los niños en lactancia externa mejoraron sensiblemente después de 1929, lo que permite explicar por qué ese sub-grupo particular experimentó un cambio tan drástico.

La mortalidad de los 18 meses, que se ve claramente en los abandonados con menos de un año, por el contrario no se vio afectada por los cambios de desplazamiento, apoyando la hipótesis de su relación con los efectos perjudiciales de la incorporación de la alimentación complementaria. Esta elevación no estaba restringida a un tipo de causas exclusivamente. A pesar de que nos hemos referido a la época del destete definitivo como el momento clave del incremento del riesgo, las causas de muerte responsables de estas defunciones no estaban exclusivamente relacionadas con enfermedades del aparato digestivo, que podrían ser identificadas directamente con unas deficientes prácticas alimentarias, y se pueden encontrar otros tipos. Es importante recordar las interacciones entre los trastornos carenciales y las enfermedades de tipo respiratorio, entre otras, así como las muertes tardías producidas por enfermedades o trastornos previos, que se veían incrementados por el empeoramiento de la subsistencia facilitado por el destete

8.2.2.3. Diferentes localizaciones, similitud de riesgos

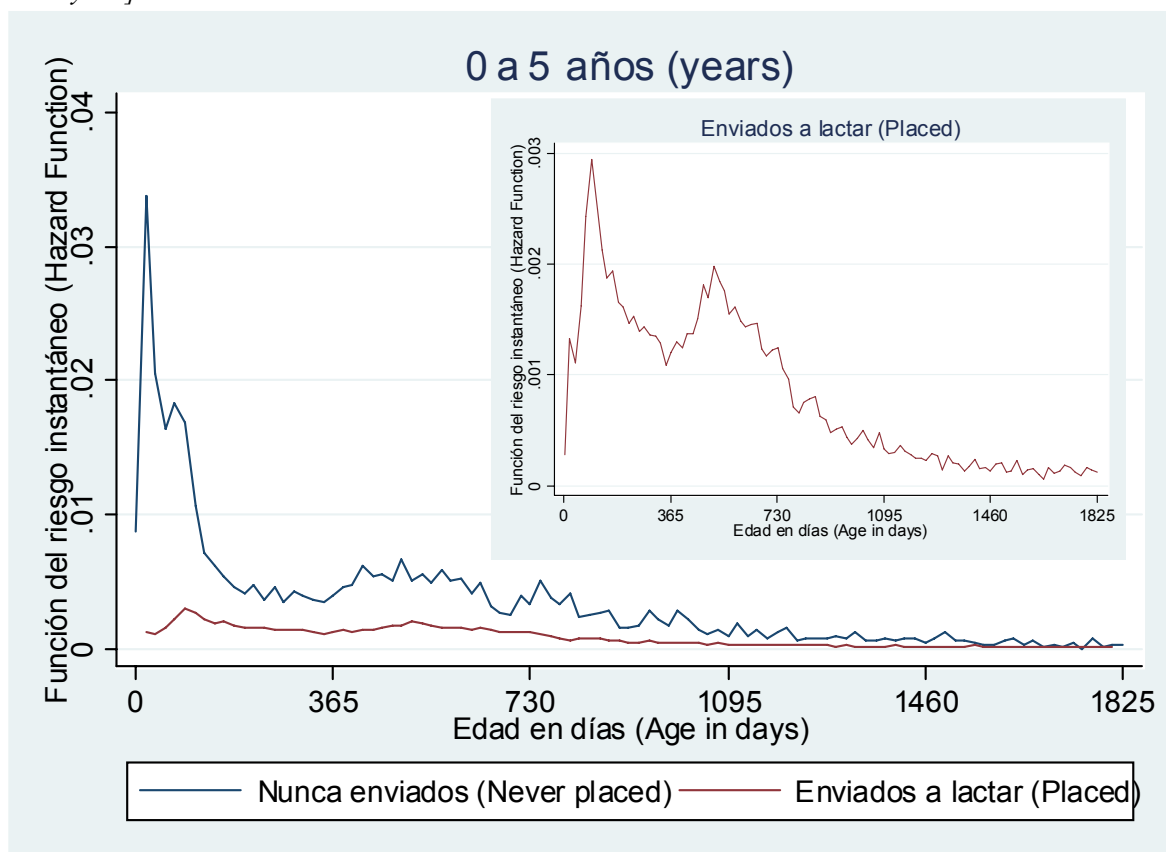
Hasta ahora hemos considerado el factor tiempo en la experiencia de la mortalidad expósita sin prestar atención a la posibilidad de que hubiera una diferente experiencia de la mortalidad en función del lugar. En varias ocasiones hemos descrito la influencia de la lactancia externa. Dos hipótesis contrapuestas podrían explicar su influencia. Por un lado, sería esperable que existieran diferencias en la experiencia de aquellos niños enviados a lactar, ya que alejaba al expósito del medio ambiente patológico de la Inclusa y le ofrecía una lactancia estable por la misma nodriza (teóricamente, siendo lactado en solitario) durante una serie de meses. Por otro lado, se podría esperar que, aunque existieran diferencias de nivel de mortalidad, no existieran diferencias estructurales debido a que los dos efectos fundamentales que hemos descrito eran experimentados de igual manera por los expósitos, independientemente de dónde fueran conservados: el impacto sobre la salud que implicaba el abandono (que provocaba el shock inicial y el retrasado) y el destete (alrededor de los 18 meses). Por

tanto, es posible que sólo se encuentren diferencias de nivel y no de estructura entre estos dos grupos de niños.

Para finalizar las consideraciones sobre la cronología específica de la mortalidad, es importante abordar esta posibilidad. Este análisis implica un problema de selección porque, como ya hemos mencionado, el ser enviado a lactar o no dependía de la salud del niño en la institución. Por lo tanto, no se diferencia aquellos que no salieron a lactar de aquellos que sí lo hicieron, sino los que murieron antes de salir de los que sobrevivieron, y en suficientes buenas condiciones, para ser enviados a pueblos. No obstante, las estimaciones de mortalidad no son equivalentes si se estima la mortalidad considerando sólo el tiempo vivido dentro o fuera de la institución porque los periodos de exposición serían necesariamente distintos.

Gráfico 8.12. Función del riesgo instantáneo desde la admisión hasta el quinto aniversario en función del envío a lactar al campo con una nodriza externa.

[Graph 8.12. Hazard function from admission to 5 years of age according to placement in the countryside].



Nota: suavizado con un kernel gaussiano de banda 10. Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Note: function smoothed with a gaussian kernel with bandwidth 10. Source: ARCM. Own elaboration].

Para nuestros objetivos en esta última parte de esta sección, por tanto, es suficiente con utilizar este criterio pero en el capítulo siguiente hemos ofrecido una mejor manera de incorporar esta información sobre el lugar. En el gráfico 8.12 se ha representado la probabilidad de morir a lo largo de los cinco años de vida en la institución en función de si habían sido enviados o no a lactar a pueblos.

Como era esperable, la mortalidad era mucho más favorable en aquellos en lactancia externa pero el resultado clave en este momento es que, pese a la diferente

intensidad del fenómeno, se aprecian las mismas elevaciones estructurales de la mortalidad, aportando evidencias a favor de nuestra segunda hipótesis⁸⁵³.

No obstante, es posible que la mortalidad al principio de la vida fuera ligeramente distintos ya que aparecen dos elevaciones en el caso de los enviados a lactar que pueden sugerir la existencia de riesgos adicionales. No sólo los implicados en la lactancia artificial en la inclusa, que generaban el efecto institucional inmediato y diferido sino con el transporte al pueblo donde iban a continuar la lactancia, que podría estar detrás de la segunda elevación que se ve en el gráfico de los enviados a lactar.

8.3. LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD EN LA INCLUSA

El segundo aspecto del análisis de mortalidad que hemos abordado es el estudio de las causas de muerte de los expósitos, que completa la discusión sobre por qué se morían los expósitos. Si considerar el tiempo nos informa de cuándo se producían los riesgos más importantes, es decir, los distintos momentos de vulnerabilidad y apuntar mecanismos y estructuras, las causas de defunción nos ayudan a entender los mecanismos que llevaban finalmente a la muerte.

Aunque muchos autores han hablado de las causas de muerte de los expósitos, sólo se han tratado como concepto amplio (la alimentación, las condiciones higiénicas, el viaje, etc.), sin describir correctamente la incidencia de las enfermedades específicas que respondían a esas causas generales y su evolución en el tiempo. Y, en los casos en los que se han tratado las causas de muerte individuales, no se ha utilizado una clasificación estandarizada ni se han medido adecuadamente. Algunos autores han utilizado directamente estas expresiones diagnósticas, clasificadas según criterios de los contemporáneos y han calculado porcentajes de contribución al total de defunciones, adoleciendo de dos limitaciones importantes⁸⁵⁴.

Este acercamiento tiene dos problemas. Por un lado, obvia completamente la consideración de la medicina como una ciencia contextual, completamente inserta en la mentalidad y sociedad de la época, en cierta manera una etno-medicina, y por tanto, su análisis de las causas de muerte está necesariamente sesgado. Por otro, la evolución de la importancia de las causas de muerte es difícilmente estudiable a través de porcentajes porque éstos están afectados por el descenso de la mortalidad. El descenso de la incidencia de las enfermedades infecciosas puede sugerir que las patologías no

⁸⁵³ Este análisis se ha repetido sólo para los niños abandonados con edades inferiores al año y son esencialmente iguales. De esta manera la experiencia de mortalidad de los recién llegados no altera la imagen general y las explicaciones que explican la mortalidad en edades más tardías en parte como consecuencia de la morbilidad previa son perfectamente coherentes.

⁸⁵⁴ Los trabajos realizados sobre Barcelona contaban con las expresiones diagnósticas individuales pero su clasificación se realiza siguiendo los criterios de los médicos contemporáneos (causas hereditarias o de la miseria y descuido, tomando los diagnósticos tal y como aparecen sin ninguna reflexión sobre los cambios posibles de significado). Además, se usan porcentajes que están sujetos a problemas de interpretación ya que los cambios de prevalencias de las enfermedades pueden quedar enmascarados por los cambios en los niveles de mortalidad. RODRÍGUEZ MARTÍN: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, pág.214 y ss. En el caso de Navarra, Guipúzcoa, Palma de Mallorca, Sevilla, sólo se dispone de información contemporánea sobre las defunciones, no siendo posible realizar este tipo de análisis. Fuera de nuestro país, tampoco se ha realizado ningún esfuerzo en este sentido.

infecciosas estaban incrementando su participación porcentual del total mientras su presencia real también estaba disminuyendo.

Por tanto, nuestra propuesta pretende superar esos dos problemas en dos pasos sucesivos. En primer lugar, hemos descrito los problemas de la utilización de expresiones diagnósticas para el análisis demográfico de causas de muerte en el contexto específico de la Inclusa. En segundo lugar, hemos descrito las causas principales de muerte que afectaban a los niños institucionalizados a través de medidas longitudinales refinadas (utilizando los intervalos demográficos previamente mencionados), a la luz de esta clasificación informada, pudiendo describir las tendencias en la mortalidad adecuadamente.

8.3.1. DE EXPRESIONES DIAGNÓSTICAS A CAUSAS DE MUERTE EN LA INCLUSA DE MADRID: SORTEANDO EL SESGO DE LA IDEOLOGÍA MÉDICA.

Para estudiar las causas de muerte en la Inclusa de Madrid es preciso recurrir a otras disciplinas como la historia de la medicina (y la demografía histórica) para obtener herramientas conceptuales para abordar esta tarea. Esta aproximación nos ha llevado a preguntarnos por el contexto y el significado de las causas de muerte.

El estudio histórico de la mortalidad por causas para las defunciones de una población es un trabajo muy complejo que requiere una aproximación tan cauta que algunos autores han llegado a considerarla inabordable⁸⁵⁵. En los registros civiles o parroquiales no se registraban causas de muerte como se entienden en epidemiología o demografía sino “expresiones diagnósticas”, es decir las palabras literales que describían la causa de muerte y que son el resultado de la combinación de la inscripción de las muertes clasificadas según criterios y motivaciones muy distintos⁸⁵⁶. Así, era común que distintas expresiones diagnósticas fueran usadas para referirse a una misma causa de muerte o enfermedad, pudiendo coexistir en el tiempo u obedecer a cambios en la clasificación, en la moda diagnóstica o en la consideración de la etiología de la enfermedad. Por tanto, la mera enumeración de las expresiones diagnósticas de un lugar determinado produce listados con centenares de “causas” con frecuencias muy bajas, difícilmente interpretables.

⁸⁵⁵ Algunos historiadores de la medicina rechazaban la posibilidad de que el significado de la terminología médica histórica pueda ser capturada por los términos científicos de hoy en día y la posibilidad de realizar diagnósticos retrospectivos es ampliamente debatida. ARRIZABALAGA, J.: “Diseases as causes of death in early modern European medicine: Some historiographic considerations.” comunicación presentada en el Seminario *History of Registration of Causes of Death Conference*, Bloomington, 11-14 Noviembre, 1993; y KUNITZ, S. J.: “Premises, premises: Comments on the comparability of classifications.” comunicación presentada en el Seminario *History of Registration of Causes of Death Conference*, Bloomington, Estados Unidos, 11-14 de Noviembre, 1993.

⁸⁵⁶ Algunos de los problemas derivados del uso de las expresiones diagnósticas son los siguientes: son el resultado de la desigual difusión de conocimientos científicos médicos procedentes de distintas épocas, sistemas y escuelas; pueden proceder de la aplicación de criterios diagnósticos distintos (médicos o populares); están afectadas por los cambios de nomenclaturas y clasificaciones de muerte del momento; el diagnóstico puede carecer de la asunción de la cadena causal que deben tener los certificados médicos o buscar la ocultación de enfermedades por estigmatización social, entre otras. BERNABEU MAESTRE, J. et al.: “El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones” en *Revista de Demografía Histórica* nº XXI (I), 2003, pág.169.

A pesar de estos problemas, la potencialidad explicativa de las causas de muerte ha propiciado esfuerzos conjuntos entre historiadores de la medicina y demógrafos para abordar su análisis⁸⁵⁷. Para España, se puede analizar el periodo desde el siglo XVIII hasta el XX a través de la propuesta de Bernabeu et al., que han asignado un importante número de expresiones diagnósticas a dos clasificaciones estándar: la primera Clasificación Internacional de Enfermedades de Bertillon de 1889, con criterios anatómicos, y una versión modificada de la clasificación realizada por McKeown, siguiendo un criterio etiológico⁸⁵⁸.

Dado que nuestro interés es rastrear los tipos de causas para profundizar en la mortalidad expósita, hemos elegido una versión simplificada de esta segunda, que representamos en la tabla 8.2, que nos ofrece suficiente desagregación para la explicación de la mortalidad, a través de un criterio etiológico, manteniéndose relativamente manejable para nuestro discurso.

La aplicación de esta clasificación está muy lejos de ser un proceso directo y sencillo porque ha de tener en cuenta las particularidades diagnósticas del contexto al que se aplica. Por un lado, ha sido necesario completar el proceso de clasificación para la Inclusa mediante la asignación de un conjunto de expresiones presentes en nuestro contexto, y ausentes del listado actual, a sus correspondientes grupos de causas de muerte. Para ello hemos seguido los mismos criterios utilizados por estos investigadores⁸⁵⁹. Por otro lado, la interpretación de los resultados es particularmente complicada en un centro de beneficencia, donde las propias características de la institución, los médicos y las implicaciones del abandono podían determinar la existencia de cambios diagnósticos que, necesariamente, no podían haber sido contemplados por la clasificación o los estudios previos.

Las tres posibles fuentes de alteraciones en la evolución de los diagnósticos son las siguientes. La primera de ellas es el lugar del registro de la defunción. Dada la política explícita de enviar a lactar a los niños con amas rurales, las defunciones

⁸⁵⁷ Entre las sistematizaciones internacionales, debemos destacar la clasificación de McKeown, que fundamentó su defensa del incremento de la nutrición como la causa principal del descenso de la mortalidad durante la transición demográfica en Inglaterra. MCKEOWN, T.: "The modern rise of population", 1978. Es de reseñar el trabajo clásico de Vallin y Meslé para Francia. MESLÉ, F. y VALLIN, J.: "Reconstructing long-term series of causes of death" en *Historical Methods* nº 29, 1996. Para Estados Unidos, los trabajos de ANDERTON, D. L. y LEONARD, S. H.: "Grammars of Death. An Analysis of Nineteenth-Century Literal Causes of Death from the Age of Miasmas to the Germ Theory" en *Social Science History* nº 28 (1), 2004; y FLIESS, K. H. y GUTMANN, M. P.: "Parochial Burial Registers: The Case of Texas in the 19th Century" en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* nº 54 (2), 1999.

⁸⁵⁸ BERNABEU MAESTRE et al.: "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", El trabajo inicial fue el resultado de la conjugación de causas de muerte procedentes de tres tesis doctorales (RAMIRO FARIÑAS: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*, ROBLES GONZÁLEZ, E.: *La transición de la mortalidad infantil y juvenil en las comarcas meridionales valencianas, 1838-1960*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología III, UNED, 2002; SANZ GIMENO, A.: *La transición de la mortalidad infantil y juvenil en el Madrid rural, siglos XIX y XX*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología II, Universidad Computense de Madrid, 1997). Posteriormente, se han incluido las expresiones diagnósticas procedentes de los registros civiles de Aranjuez en el periodo de la transición demográfica y se están incluyendo las defunciones de la ciudad de Madrid en el periodo 1888-1902 (GARCÍA FERRERO: "La gripe de 1889-90 en Madrid").

⁸⁵⁹ Ver criterios en BERNABEU MAESTRE et al.: "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", págs.176-183.

registradas proceden tanto de niños que permanecían en las instalaciones de la institución y expuestos a los riesgos intrínsecos a éstas, como de los niños residiendo en las zonas rurales, cuyas patologías necesariamente estaban afectadas por circunstancias ligeramente distintas. Es importante estudiar separadamente las causas de mortalidad procedentes de estos dos contextos.

Tabla 8.2. Clasificación de Bernabeu *et al* simplificada a los dos primeros niveles de clasificación.

[Table 8.2. Bernabeu *et al* simplified classification to the first two levels of classification].

1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS (<i>INFECTIOUS DISEASES</i>)	1.1. Infecciosas transmitidas por agua y alimentos (<i>Water and foodborne infectious diseases</i>)	Fiebre tifoidea (Typhoid fever) Diarrea, enteritis, enterocolitis, gastroenteritis, disentería (<i>Diarrea, enteritis, enterocolitis, gastroenteritis, dysentery</i>)
	1.2. Infecciosas transmitidas por aire (<i>Airborne infectious diseases</i>)	Viruela (<i>Smallpox</i>) Sarampión (Measles) Aparato respiratorio (bronquitis, bronconeumonía, neumonía). (<i>Respiratory system (bronchitis, bronco-pneumonia, pneumonia)</i>) Tuberculosis (<i>Tuberculosis</i>)
	1.3. Infecciosas transmitidas por vectores y otras infecciosas (<i>Vectorborne and other infectious diseases</i>)	Dentición (<i>Teething</i>) Meningitis (<i>Meningitis</i>) Nefritis (<i>Nephritis</i>) Sepsis (<i>Sepsis</i>)
2. ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS	2.1. Enfermedades carenciales (<i>Lacking diseases</i>)	Raquitismo (<i>Rickets</i>) Anemia (<i>Anaemia</i>)
	2.2. Enfermedades metabólicas (<i>Metabolic diseases</i>)	
	2.3. Enfermedades endocrinas e intoxicaciones (<i>Endocrine diseases and intoxications</i>)	Toxicosis (<i>Intoxication</i>)
	2.4. Procesos cerebro-vasculares (<i>Cerebral-vascular processes</i>)	
	2.5. Enfermedades del sistema nervioso (<i>Nervous System diseases</i>)	Eclampsia (<i>Eclampsia</i>) Epilepsia (<i>Epilepsy</i>)
	2.6. Enfermedades del sistema circulatorio (<i>Circulatory System diseases</i>)	
	2.7. Enfermedades del aparato respiratorio (<i>Respiratory System diseases</i>)	
	2.8. Enfermedades del sistema digestivo (<i>Digestive System diseases</i>)	Gástricas (<i>Gastric diseases</i>) Ictericia (<i>Jaundice</i>)
	2.9. Enfermedades del sistema genitourinario (<i>Genitourinary System diseases</i>)	
	2.10. Enfermedades de la piel, del tejido celular subcutáneo y del aparato locomotor (<i>Skin, cell tissue and locomotive system</i>)	Esclerema (<i>Sclerema</i>)

2.11. Patología perinatal (<i>Perinatal pathology</i>)		Debilidad congénita (<i>Congenital weakness</i>) No de término (<i>Pre-term</i>) Hipotrofia (<i>Hypotrophy</i>)
2.12. Vicios de conformación (<i>Shaping vices</i>)		Atrofia (<i>Atrophy</i>) Falta de desarrollo (<i>Lack of development</i>) Sífilis (<i>Syphilis</i>)
2.13. Cáncer y tumores (<i>Cancer and tumors</i>)		
2.14. Por causas exteriores (<i>External causes</i>)		Atrepsia (<i>Atrepsy</i>)
3. ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS O FALTA DE DIAGNÓSTICO (<i>ILL DEFINED DISEASES OR LACK OF DIAGNOSTIC</i>)		

Modificación de la tabla tomada de Bernabeu, Ramiro et al.
[Modification of table taken from Bernabeu et al].

La segunda fuente de variaciones es el certificador. Además de los distintos riesgos implícitos en estos dos contextos, los certificadores de las causas en ambos y dentro de ambos contextos eran muy distintos. Por un lado, las causas de muerte de los niños residiendo en pueblos eran declaradas por médicos rurales e incluso, en ocasiones, por la familia de la nodriza, si el médico había llegado tras la defunción del expósito. Por otro lado, las expresiones diagnósticas de las defunciones ocurridas en la propia Inclusa procedían en su totalidad de los médicos residentes en cada momento, entre ellos, internos recién salidos de la universidad que realizaban las prácticas en la institución, supervisados por el médico jefe. Esto podía suponer tanto una cierta estabilidad de diagnóstico, por la preeminencia de los criterios del médico jefe, como cierta variabilidad, si se dejaba libertad a los médicos internos. Además, la cercana relación con la universidad podía hacer que las novedades clínicas fueran más rápidamente incorporadas al diagnóstico de la mortalidad a la Inclusa, generando cambios y transferencias mucho más acusados de los que se podrían ver en las series generales de mortalidad.

La tercera fuente de problemas con los diagnósticos era la interferencia adicional relacionada con el caso particular de la infancia abandonada: las “opiniones” o “ideología” de los médicos sobre las razones del abandono y la procedencia de los niños que se relacionaban con su actividad profesional en la institución. Igual que en otros contextos se ha documentado la discrepancia entre los diagnósticos emitidos por determinados médicos y las series generales por razones sociales,⁸⁶⁰ es posible que razones ideológicas⁸⁶¹ justificaran la clasificación de defunciones. Por ejemplo,

⁸⁶⁰ Por ejemplo, el dr. Langstaff no registraba apenas defunciones de tuberculosis en el Canadá del siglo XIX cuando se reportaba como una de las enfermedades más comunes en los censos de la época. DUFFIN, J.: “Census versus Medical Daybooks: a comparison on two sources of mortality in nineteenth-century Ontario” en *Continuity and Change* n° 12 (2), 1997.

⁸⁶¹ Reid describía distintos casos en los que facultativos específicos se comportaban de manera atípica en su periodo: manteniendo diagnósticos ya pasados de moda por pertenecer a una familia de médicos, preferencias de unos términos a otros, etc. REID, A.: “Doctors and the certification of death in nineteenth

clasificar las muertes como fruto de antecedentes familiares enfermos como la causa principal (pese a que la defunción se produjera por una infección dentro de la Inclusa) responsabilizaba a los padres de una salud inicial delicada, que necesariamente conducía a la elevadísima mortalidad infantil, librando de responsabilidad a los médicos de la institución. Mientras que el dictamen de esa muerte fruto de una causa infecciosa, fruto de una enfermedad contraída en la institución, los responsabilizaba directamente a ellos.

Todas estas consideraciones han sido aplicadas a la hora de analizar la evolución de la mortalidad en la Inclusa. En el gráfico 8.13 mostramos el número de defunciones anuales según cada grupo de causas de muerte tras la aplicación de la clasificación, diferenciando entre las ocurridas dentro y fuera de la institución. En este punto, por simplificar la interpretación y mantener la coherencia del análisis de los intervalos vitales iniciada en el epígrafe anterior, hemos representado las defunciones durante el periodo neonatal para dentro de la Inclusa, donde se ven con máxima claridad los cambios de cronología. Para las defunciones ocurridas en pueblos, hemos presentado las ocurridas en el periodo post-neonatal para los pueblos (ya que apenas había en el periodo neonatal), que muestran una gran estabilidad. En niños mayores de un año, se aprecia el mismo patrón de cambio diagnóstico.

La imagen que ofrece la aplicación de la clasificación de Bernabeu *et al.* es bastante irregular. Por un lado, no se aprecian problemas evidentes a primera vista (cambios de diagnóstico o transferencias) en los niños que experimentaron una defunción fuera de la Inclusa, donde las dimensiones de los grupos se mantienen proporcionales o con cambios esperables a lo largo del tiempo. Por otro, existe una variación extrema en las causas de defunción para la mortalidad ocurrida en la Inclusa. Esta última no puede deberse a cambios reales en la mortalidad, sino que necesariamente tiene que estar causada por problemas de trasvase e interpretación de las causas de muerte. Esta característica (estabilidad diagnóstica en aquellos en lactancia y potenciales trasvases en aquellas defunciones ocurridas en la propia Inclusa) no es exclusiva de la mortalidad en el primer año de vida, sino que se repite en las demás edades.

Dado que nuestra hipótesis es que estos problemas provenían del diagnóstico médico de las defunciones, ha sido preciso establecer una cronología de los distintos criterios diagnósticos dentro de la mortalidad ocurrida en la institución. Para ello, hemos descrito las causas de defunción implicadas, tratando de identificar las orientaciones discursivo-diagnósticas probablemente responsables de ellos. Entre unas y otras, los puntos de inflexión entre unas y otras coinciden con cambios en la dirección médica de la institución, entrada o salida de los médicos responsables/influyentes en la certificación de defunciones, lo que sugiere la responsabilidad del discurso y formación científica de los médicos al cargo en cada momento. A continuación hemos reseñado estas distintas orientaciones, cuya cronología se ha representado también en el gráfico 8.13.

1890-1893

Este periodo inicial supone un caso típico del siglo XIX pero atípico de nuestro periodo de estudio ya que se registró un número muy limitado de muertes en la

century Scotland”, comunicación presentada en el *Curso de Postgrado. La Salud de la población*, Madrid, 2008.

institución debido al tempranísimo calendario de envío a lactar al campo. Durante los siglos anteriores, la salida temprana de la institución era la medida más adecuada para garantizar la supervivencia de los expósitos. En 1890 el 75% de los niños era enviado a lactar antes de los 7 días pero el tiempo de espera fue incrementándose hasta 1893 donde el 50% había salido antes de los 10 días y el 75% antes de los 15. Se aprecia un predominio de la mortalidad por causas no infecciosas, debilidad congénita fundamentalmente, pero el número de defunciones es muy pequeño para realizar inferencias sólidas.

1894-1911

El incremento del tiempo de espera hasta el momento de ser enviado a lactar parece estar relacionado con el incremento del peso de las enfermedades infecciosas entre las causas de muerte. Fundamentalmente hubo un predominio de las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos: es decir, enfermedades gástricas e intestinales, diarrea y enteritis, entre otras. Esta característica entronca con dos elementos del discurso médico del momento. Por un lado, está en línea con la importancia de la alimentación del lactante como responsable de la mortalidad infantil, propia del discurso médico de la época⁸⁶². Por otro lado, dentro de la Inclusa, la recomendación de la lactancia por una nodriza interna era continua, ya que se trataba de la única forma factible de alimentación. Dado que los niños, por el propio abandono, se veían privados de la lactancia materna, la lactancia mercenaria era vital ya que la artificial fue incapaz de garantizar la supervivencia de los niños hasta casi los años 30.

Así, la doctrina oficial era que la causa de la mortalidad tenía una relación directa con el departamento del biberón, que se producía por la incapacidad de las Inclusas de proveer una nodriza para cada expósito, llevándolos a enfermar y morir de enfermedades infecciosas del aparato digestivo. En 1895 el dr. González Álvarez consideraba que pese a sus esfuerzos, la “alimentación viciosa” persistía ya que algunos microbios eran resistentes a la esterilización a 100°C, llevando a la “enterocolitis invencible”⁸⁶³. Con esta postura, el doctor González Álvarez rehuía la responsabilidad sobre la incapacidad de reducir la mortalidad expósita al centrar el discurso en la imposibilidad de luchar contra la mortalidad debida al uso del biberón. Esta falta de responsabilidad quedaba perfectamente respaldada por la otra gran causa de defunción considerada: las causas perinatales y vicios de conformación. En palabras del mismo, era imposible luchar contra la mortalidad de aquellos que “nacen en un estado incompatible de la vida” o que “eran arrojados al torno expirantes”⁸⁶⁴. Tanto los microbios como las deficientes condiciones de entrada de la mayoría de los expósitos eran problemas fuera de su alcance por lo que cualquier esfuerzo que pudiera repercutir en una mejora de la mortalidad era algo excepcional dadas las circunstancias contra las que tenía que luchar, como enunció ante las denuncias de la prensa en 1900⁸⁶⁵.

⁸⁶² Ulecia citado por RODRÍGUEZ OCAÑA: “La Higiene Infantil”, pág.220. Ver capítulo 2, epígrafe 2.2.2B y 6.2.1.

⁸⁶³ GONZÁLEZ ALVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, pág.25.

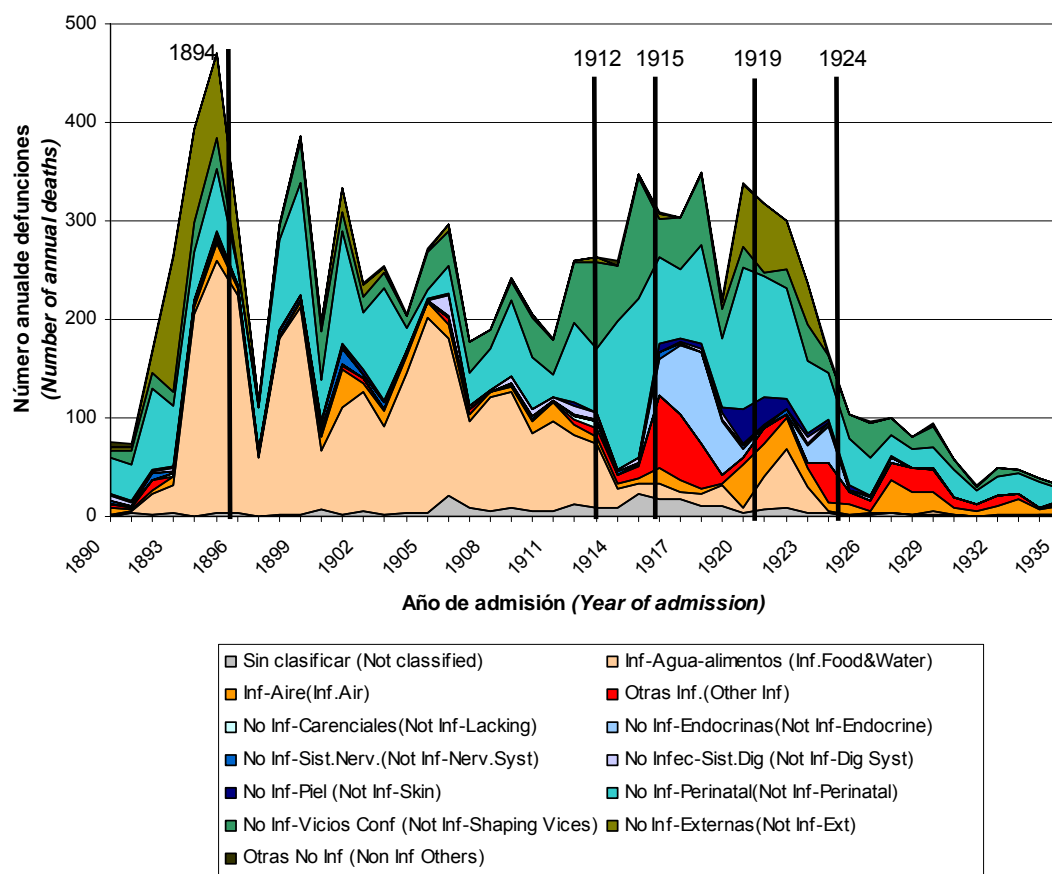
⁸⁶⁴ Ibid., pág.194.

⁸⁶⁵ B. González Álvarez, “La Inclusa”, *El Globo*, 31 de diciembre de 1899, pág.1.

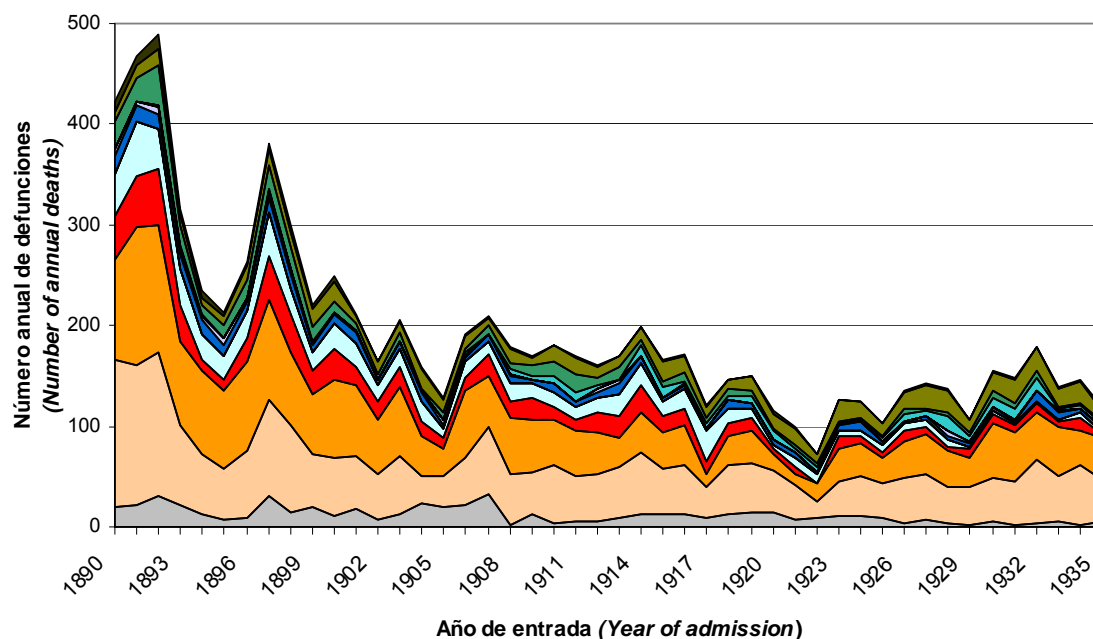
Gráfico 8.13. Número de defunciones anuales de menores de un 1 año por grupos de causas en la Inclusa, 1890-1935.

[Graph 8.13. Annual deaths of children younger than 1 year by groups of causes, 1890-1935].

A. Neonatal Inclusa (Neonatal Foundling Hospital)



B. Post-neonatal fallecidos en pueblos (Post-neonatal dying in villages)



Fuente: ARCM. Elaboración propia utilizando la clasificación Bernabeu et al. 2003.

[Source: ARCM. Own elaboration using Bernabeu et al. 2003 clasificación].

1912-1915

En estos tres años se produjo la transición del sistema diagnóstico de González Álvarez a un sistema que probablemente estuvo relacionado con el cambio de jefatura, la sustitución del dr. González Álvarez por el dr. Hernández Briz al frente de la Inclusa. La expresión “enterocolitis” prácticamente desapareció desde 1914 (pasando de entre 100-200 casos anuales a ninguno ó 1) y, así, las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos pasaron a ocupar un papel menor. Simultáneamente, las expresiones “debilidad congénita” y “no de término” pasaron de representar conjuntamente de cerca de 30-40 casos anuales antes de 1911 a 80 en 1912-13 e incluso 150 en 1914. Finalmente, la “atrofia” hizo su aparición en 1913 con 28 casos (frente a frecuencias anteriores de 1-2).

Posiblemente el cambio de diagnóstico estuvo relacionado con el discurso auto-justificativo del nuevo responsable. En la estadística de mortalidad de la Inclusa del año 1914, Hernández Briz consideraba que la mayor causa de mortalidad en la Inclusa era el estado físico de partida de los niños que hacía imposible la intervención sobre su salud y reducía la importancia de las enfermedades infecciosas gastro-intestinales, que sólo documentaba en los casos de niños que provenían del torno. Como argumentos a favor de esa preeminencia de la salud de partida de los niños explicaba que: muchísimos apenas llegaban a los 2,000 grs.; y que entre sus taras hereditarias tenían “el ser hijos de alcohólicos, neuróticos, tuberculosos, cancerosos, etc.” El alcoholismo, particularmente, tenía un papel prioritario en su pensamiento ya que “debilita el organismo, apaga las defensas orgánicas determinando la agravación de las enfermedades y al procrear un hijo le transmite esta misma debilidad orgánica”. Así, resumía las causas más importantes de la mortalidad entre aquellos que morían de debilidad congénita, atrofia y atrepsia (224 de 352 defunciones, el 63%) y los que llegaban en estado muy lastimoso a la casa, (91 de esos 224 murieron antes de las 48 horas)⁸⁶⁶.

Nuestra hipótesis es que no se había producido un cambio de causas de muerte en ese breve espacio de tiempo sino que se había producido un trasvase ideológico de expresiones diagnósticas. Las defunciones producidas por la incapacidad de la lactancia artificial para alimentar adecuadamente a los niños eran consideradas bajo González Álvarez según el resultado final, la infección digestiva o intestinal. Con este nuevo criterio pasaban a ser adjudicadas a la condición preexistente, “debilidad congénita”. Es probable que se utilizaran “atrofia” o “atrepsia”, entre las enfermedades no infecciosas, para describir este tipo de defunciones pero su papel parece menor por la menor variación de su presencia en la institución. Por lo tanto es posible que el mayor trasvase se produjera hacia la “debilidad congénita”.

Pese a su rechazo a reconocer un papel específico a los trastornos digestivos producidos por la deficiente alimentación en el departamento del biberón (fuera esta por infección o por trastornos no infecciosos), reivindicaba la alimentación por medio de nodriza como el único medio de salvarlos. Por lo tanto, en su análisis de este colectivo precisamente subrayaba el papel de la alimentación en la mortalidad, que luego no se reflejaba en el sistema diagnóstico⁸⁶⁷.

⁸⁶⁶ HERNÁNDEZ BRIZ: *La Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid. Su estado actual y su porvenir.*, págs.10-11.

⁸⁶⁷ *Ibid.*, pág.8.

1916-1919

En este periodo, aunque las causas perinatales siguieron siendo predominantes sobre el conjunto, aparecieron dos nuevas rúbricas: la toxicosis (que supuso el 23-26% de las defunciones) y la sepsis (25-13%). La posible razón de este cambio fue la incorporación de nuevos médicos internos al servicio de la Inclusa, particularmente de los drs. Bravo y Frías y Alonso Muñoyerro.

Por un lado, se inició el diagnóstico de la toxicosis (muerte causada por intoxicación), posiblemente para referirse a la causa de muerte producida por la deficiente alimentación en el departamento del biberón y que, quizá anteriormente era asignada a las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos. Por otro lado, se inició el diagnóstico de la sepsis para referirse a “las infecciones generales producidas por la penetración en la vía sanguínea de diferentes gérmenes: *estreptococos*, *estafilococos*, *pyocyaneus*, *influenza*, *coli*, *gonococo*, cuyo origen puede ser la herida del ombligo, cualquier infección localizada en la superficie, lavados impuros, imperfectos” que afectaban particularmente a los niños alimentados con biberón, por la disminución de la inmunidad que esta alimentación implicaba. Posiblemente bajo este diagnóstico estaban recogiendo también algunas infecciones relacionadas con el aparato digestivo que durante el periodo de Hernández Briz se achacaban a la debilidad congénita y al estado de partida⁸⁶⁸.

Este cambio puede interpretarse como una muestra más de la transformación de la conciencia sobre la posibilidad –y necesidad- de reducir la mortalidad de la Inclusa. Bravo Frías y Muñoyerro fueron instrumentales en la denuncia de la mortalidad excesiva de la Inclusa en 1918 y en la posterior lucha para obtener las transformaciones que permitieran reducirla. Desde su entrada en la institución ya habían mostrado su preocupación por el problema. Llevaron a cabo un detallado estudio de la mortalidad de la institución a través del análisis estadístico de las historias clínicas, realizaron autopsias, y en 1918 estuvieron detrás de la denuncia de la mortalidad a la Comisión de Beneficencia y la prensa. La introducción de esa Memoria expresa claramente un nuevo tipo de ideología de los médicos en la Inclusa:

El Cuerpo-médico de la Beneficencia Provincial, después de meditado examen y convencido por la experiencia de más de 30 años de la inutilidad de los esfuerzos habituales para corregir el terrible problema de la mortalidad de la Inclusa, se decidió a interesar a la opinión y a los poderes públicos, como supremo recurso, publicando en toda su crudeza las cifras de dicha mortalidad⁸⁶⁹.

Como médicos, su labor era luchar contra la mortalidad de la Inclusa por el medio que fuese. Querían acabar con el discurso conformista y auto-justificativo y se veían como abanderados de la lucha contra la mortalidad infantil. Así, la disminución relativa de la debilidad congénita y la aparición de los nuevos diagnósticos precisamente señala lo que sus antecesores no habían querido reconocer: se trataba de enfermedades y muertes evitables (aunque muchas de ellas se relacionaban con la incapacidad de la lactancia artificial de garantizar la supervivencia) y era responsabilidad del cuerpo médico encontrar los medios para evitarlas. No obstante, que las nuevas rúbricas reflejaran la reponsabilidad de la Inclusa no implicó necesariamente una mejora diagnóstica, en términos de una mejora del conocimiento de las causas específicas de

⁸⁶⁸ *La mortalidad de los niños de la Inclusa. Sus causas y sus remedios*, pág.17-18.

⁸⁶⁹ *Ibid.*, pág.1.

defunción. Precisamente “sepsis” y “toxicosis” fueron utilizados para recoger un importante número de patologías que dificulta, en realidad, nuestra comprensión de las causas. De hecho, ellos mismos reconocen su consideración de las sepsis neumónicas como sepsis cuando, en realidad, deberían haber sido consideradas dentro de las neumonías.

1919-1923

Este periodo supuso una reversión parcial al sistema diagnóstico de Hernández, mezclando ciertos rasgos con el prevalente en las primeras décadas. La debilidad congénita no tenía la importancia arrolladora que adquirió en el periodo 1912-1915 ya que la fase de auto-justificación del *statu quo* había desaparecido pero se reubicaron las causas en otras categorías, distintas de las utilizadas por Bravo Frías y Alonso Muñoyerro. La mortalidad perinatal y los vicios de conformación siguieron siendo las causas mayoritarias. No obstante, se documenta un incremento de las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos (10-20%) y de las causas externas (atrepsia), que probablemente sustituyeron a las rúbricas toxicosis y sepsis.

Probablemente, esta atípica configuración corresponde al intento de volver a criterios anteriores a partir de la suspensión temporal de los doctores Alonso y Bravo. A pesar de que se mantenía una importancia muy grande de la “debilidad congénita”, se había reducido su importancia por el reconocimiento de otras causas. El médico-jefe, Hernández Briz insistía en la misma consideración sobre las causas “reales de la mortalidad en la Inclusa” estaban fuera de ellas y, negándose a admitir responsabilidades, pese a su implicación en el movimiento de 1918 decaraba en 1920:

Las causas principales de la mortalidad son: *debilidad congénita; tuberculosis en sus diversas formas; sífilis hereditaria, y el alcoholismo de sus progenitores*; son los cuatro principales azotes de la Inclusa y los que determinan la mortalidad tan grande en todas las Inclusas del mundo; y si estos niños que traen esas taras hereditarias tan terribles *no son criados por sus madres, o no pueden entregarse a nodrizas y tienen que ser sometidos a la lactancia artificial, la mortalidad tiene que ser forzosamente enorme*. Todas estas causas de mortalidad radican fuera de las Inclusas y compete a los Gobiernos, haciendo cumplir la Ley de Protección a la Infancia y poniendo sanción penal a los que la infrinjan...⁸⁷⁰

1924-1935

A partir de 1924 y hasta el final del periodo, se instauró otro sistema diagnóstico mixto, entre el sistema del periodo Muñoyerro-Bravo Frías y el del periodo inmediatamente posterior. Se recuperó la importancia de la sepsis mientras que desapareció la atrepsia. Las causas infecciosas del agua y los alimentos disminuyeron notablemente. Dado que el periodo posterior a 1921-1922 fue el que experimentó el inicio del descenso de la mortalidad institucional, es mucho más difícil precisar si la reducción final que se aprecia entre las infecciosas de agua y alimentos-toxicosis respondió a trasvases o a la disminución de defunciones por esas causas. Muy posiblemente, este nuevo cambio coincidió con la vuelta a la institución de los doctores Muñoyerro y Bravo Frías, que siguieron con su campaña de lucha contra la mortalidad expósita durante los años siguientes.

⁸⁷⁰ HERNÁNDEZ BRIZ, B.: “Causas de la mortalidad de los niños en la Inclusa. Sus remedios” en *Pro Infancia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* n° Marzo y Abril, 1921, pág.77.

Como vemos, si el estudio de la evolución de las causas de muerte en el tiempo a través de las expresiones diagnósticas individuales es un trabajo complejo para poblaciones completas, abordar esta tarea en un contexto como el de la Inclusa ofrece toda una variedad adicional de problemas que dificultan la explicación. Una vez que todas estas problemáticas se tienen en consideración, se puede realizar un acercamiento a la evolución de las distintas causas de muerte.

8.3.2. EVOLUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA INCLUSA

Como ya hemos descrito en el capítulo 6, la alimentación de los expósitos fue unánimemente reconocida como uno de los problemas fundamentales de la Inclusa, tanto para aquellos que la consideraban responsable de la mayor parte de las defunciones como para aquellos que le atribuían un papel más secundario, achacando la raíz del problema a las condiciones de partida. Esta importancia supuso que los problemas derivados de la alimentación fueran el eje de las diferencias diagnósticas. En algunos momentos toda causa de muerte relacionada con la alimentación parecía ser recogida entre las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos (diarreas, enteritis, enterocolitis, etc). En otros momentos, estas muertes se interpretaron como fruto de procesos no infecciosos, incapacidad de asimilar o aprovechar la leche (toxicosis, atrofia, atrepsia) o ni siquiera se les dio importancia.

Por ello, resulta del todo imposible para nuestro contexto realizar adecuadamente la clásica división de causas de muerte entre aquellas propiciadas por procesos infecciosos y no infecciosos, propia de los análisis epidemiológicos históricos. Esta divisoria sería muy útil en nuestro contexto ya que durante la transición demográfica, el descenso de la mortalidad en la infancia y juventud estuvo fundamentalmente determinado por la evolución de las enfermedades infecciosas⁸⁷¹.

Dada la imposibilidad en nuestro contexto de distinguir qué parte de las “causas relacionadas con la alimentación” se debían a agentes infecciosos y cuáles se debían a afecciones no infecciosas (si es que había tal diferencia) la única opción viable para tratar los cambios diagnósticos con un mínimo de continuidad ha sido la agregación de las causas de muerte relacionadas con la alimentación (teóricamente no infecciosas) al grupo de las infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos⁸⁷². Por tanto, nuestras estimaciones de mortalidad en función de causas infecciosas y no infecciosas no son comparables a las estimaciones de la población general y deben tratarse como orientativas, al ofrecer un rango máximo de participación de las enfermedades infecciosas en la mortalidad general. En el periodo de 1912-15 el predominio de la debilidad congénita no permite una imagen clara ni aún realizando este ajuste.

En esta sección, hemos utilizado esta aproximación para tratar de abordar dos aspectos concretos de la mortalidad expósita: a) la comparación del patrón

⁸⁷¹ En toda la España rural, más del 80% de la caída de la mortalidad infantil y juvenil fue debido al descenso de las causas infecciosas. En la mortalidad infantil, el inicio del descenso fue en la década 1870-79, pasando de cifras de 234‰ a 125‰ en la década 1930-39, mientras que en la mortalidad juvenil pasó de 2860‰ en 1880-1889 a 79‰ en 1930-39. SANZ GIMENO: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, pág. 64.

⁸⁷² Los diagnósticos específicos trasladados han sido atrofia, atrepsia y toxicosis.

epidemiológico entre los expósitos y la población infantil general; y b) la descripción de algunas de las enfermedades más relevantes para la población institucionalizada conservadas en la institución, que es la que experimentaba condiciones más particulares (el complicado estudio de las cuestiones alimentarias en la mortalidad neonatal, la sífilis en el periodo post-neonatal y las neumonías y respiratorias en la juvenil).

Para ello, hemos respetado la perspectiva temporal que hemos incorporado en el capítulo anterior, dividiendo el análisis entre la mortalidad infantil y juvenil, profundizando, incluso, en las diferencias en el primer año de vida (periodo neonatal y post-neonatal, ya que numerosos autores han descartado la diferencias de influencias)⁸⁷³. Y, adicionalmente, hemos incluido explícitamente la posibilidad del envío a lactar para no mezclar distintos ambientes patológicos. Hemos calculado las probabilidades de morir de cada enfermedad o grupos de éstas en cada intervalo y en cada ámbito (en vez de porcentajes de defunciones), lo que ha implicado una serie de particularidades de cálculo.

En primer lugar, para poder analizar los riesgos específicos de cada lugar en cada intervalo de vida, hemos calculado tasas específicas para los distintos periodos y para los dos ámbitos. Para el periodo neonatal, por ejemplo, hemos considerado todos los niños admitidos entre 0 y 28 días durante el tiempo que estuvieron en la Inclusa antes de salir a lactar. Así, si un niño es admitido el día 1, sale a lactar el día 5 y muere el día 9, nuestro cálculo de mortalidad neonatal para la Inclusa lo considera sólo entre el día 0 y el 5, tras el que sale de nuestra estimación. Nuestro cálculo de la mortalidad en pueblos lo contaría desde el día 5 hasta su defunción en el 9.

De modo que la tasa de mortalidad en la Inclusa, debe leerse como de la mortalidad que afectaba a los niños en la institución si no salían de ella (por retorno o a criarse al campo). Mientras, la tasa de los pueblos recoge sólo las trayectorias de los niños desde que salían a lactar, por tanto, la mortalidad dependiente de la salida a lactar. El propio funcionamiento de la Inclusa obliga a que estas dos tasas para el mismo periodo sean necesariamente muy distintas dado que había una selección por salud: la mortalidad interna es elevadísima y la externa es mucho más reducida. Pese a este sesgo de origen se trata de la aproximación más adecuada para entender los cálculos agregados que tengan en cuenta explícitamente los distintos ambientes patológicos. En el capítulo siguiente, al descender al análisis individual hemos descrito un sistema que permite incorporar este fenómeno explícitamente de una manera más satisfactoria⁸⁷⁴.

En segundo lugar, el análisis de la incidencia de las distintas enfermedades nos ha obligado a una aproximación mixta entre el cálculo de tasas tradicionales y la perspectiva del tiempo en riesgo. Dada la existencia de una serie de limitaciones metodológicas intrínsecas en el cálculo de la probabilidad de morir de distintas subdivisiones del evento de estudio (distintas formas de alcanzar la muerte), nos hemos

⁸⁷³ La necesidad de su estudio individualizado ha sido puesto claramente de manifiesto por los trabajos de Reid: REID, A.: "Neonatal mortality and stillbirths in Derbyshire in the early twentieth century" en *Population Studies* nº 55 (3), 2001, REID, A.: "Infant feeding and post-neonatal mortality in Derbyshire, England, in the Early Twentieth Century" en *Population Studies* nº 56 (2), 2002.

⁸⁷⁴ En el epígrafe 9.2.1, se describe la introducción del envío a lactar como una variable que cambia de valor con el tiempo, es decir, dividiendo la experiencia vital de un expósito entre un tramo de vida previo y posterior al envío a lactar.

acercado al problema mediante el cálculo tradicional⁸⁷⁵. La tasa de mortalidad de una enfermedad específica se calcula dividiendo el número de defunciones de una enfermedad, por ejemplo, diarrea, entre el total de individuos en riesgo de morir. Esto permite una correcta información sobre la tendencia pero una subestimación del nivel real de mortalidad (debido a que se trata de datos temporales). Por tanto, se ha utilizado la estimación de la tendencia que produce el cálculo tradicional pero se ha corregido multiplicándola por un factor de ponderación obtenido a través de la diferencia que se advierte entre la probabilidad real para todas las causas (que no tiene problemas de estimación a través de la perspectiva en riesgo) y la calculada por el sistema tradicional, aplicado para cada tipo de medida, periodo, año y ámbito, para guardar la máxima coherencia. Esta estimación asume que el nivel de sub-registro provocado por el cálculo porcentual es similar para todas las causas de muerte pero no parece una asunción problemática porque está relacionada con la contabilización de las vidas y no con la causa específica de la defunción.

Por ejemplo, de los de los 1.070 niños nacidos en 1895 que pasaron en el periodo neonatal en la Inclusa, murieron 365 de enfermedades infecciosas, suponiendo una mortalidad del 34%. Como sabemos que la comparación de la tasa real y la tradicional (49% y 44% respectivamente) implicaba una subestimación del 12%, se aplica ese factor corrector, obteniéndose una tasa específica de mortalidad para las enfermedades infecciosas congruente con la tasa en riesgo (38%). En el anexo, tabla E.3 se han adjuntado las tasas respectivas y el factor de ponderación usado en cada caso. Esto nos permite contemplar la trayectoria en el tiempo de cada grupo de causas de muerte, individualmente, sin tener que ajustar el análisis por el nivel de la mortalidad en cada momento, corregir por el comportamiento de las demás patologías y los cambios de emplazamiento que podían tener los niños, que podrían enmascarar la explicación.

En tercer lugar, dada la variación de los criterios diagnósticos a lo largo del periodo, se ha preferido el cálculo de las tasas para los años individuales en lugar de medias móviles. Esto ofrece gráficos con mayores oscilaciones que los cálculos habituales pero evita mezclar criterios diagnósticos distintos. A continuación, hemos resumido nuestros resultados para el periodo infantil y el juvenil. En general, las tendencias de la mortalidad infantil y juvenil españolas se mantienen aunque los niveles triplican o duplican las cifras generales.

8.3.2.1. Las causas de muerte en el periodo infantil

Hemos dividido el análisis de la mortalidad durante el primer año de vida en los dos periodos tradicionalmente estudiados por la demografía (el neonatal y el post-neonatal) por dos razones. Por un lado, la evolución de la etiología de las enfermedades

⁸⁷⁵ El problema surge al tratar de estimar probabilidades específicas en una situación de “riesgos competitivos” ya que es necesario analizar como único evento la defunción por una causa específica y censurar todo el resto de causas de muerte, produciendo una sobre-estimación de las probabilidades y haciendo que la suma de todas ellas supere la unidad. Para el análisis de datos individuales, se ha propuesto el uso de funciones de incidencia acumulada en vez de funciones de supervivencia o de mortalidad, implicando una metodología distinta y unas complicaciones que son excesivas en nuestro caso, que sólo precisa el cálculo de estimaciones agregadas para ofrecer un panorama de la evolución del fenómeno. Este problema de riesgos competitivos, en realidad, afecta también ligeramente a la estimación general de mortalidad (frente a los otros destinos pero no de una manera muy radical por lo que se ha preferido mantener este cálculo por razones de simplicidad).

responsables de la mortalidad en los dos periodos fue muy distinta para la población infantil general y, por tanto, el impacto del descenso de las enfermedades infecciosas en cada uno de los dos intervalos⁸⁷⁶ por lo que es importante tomarlos por separado. Y, por otro lado, dadas las radicales diferencias encontradas entre el patrón epidemiológico de los expósitos y el de la población infantil general, es importante prestar una especial atención a los diferentes momentos de riesgo.

Dada la existencia de la costumbre del envío a lactar, la divisoria entre el periodo neonatal y post-neonatal también recoge un distinto tipo de tratamiento: mientras durante el periodo neonatal muchos niños todavía permanecían en la institución, durante el periodo post-neonatal, había pocos niños que no habían sido enviados a lactar y generalmente presentaban muy mala salud. Por ello, hemos analizado en primer lugar la mortalidad neonatal ocurrida antes de ser enviado a lactar o de ser retornados a sus padres (sin realizar un análisis específico de la mortalidad neonatal en pueblos por la escasez de casos) y un análisis específico de la mortalidad post-neonatal en los dos ámbitos.

A. La mortalidad neonatal dentro de la institución

La mortalidad neonatal para la población general a principios del siglo XX estaba fuertemente dominada por las afecciones de tipo no infeccioso (hasta tres cuartas partes), fundamentalmente patologías congénitas, cuyo peso sobre el total aumentó, debido al retroceso de las enfermedades infecciosas⁸⁷⁷. Para los niños conservados dentro de la Inclusa, el patrón es bastante distinto, como sugiere el gráfico 8.14, ya que documentamos una tendencia a una mortalidad por causas infecciosas ligeramente mayor que la no infecciosa. En esta figura, hemos representado la mortalidad infecciosa agregada a la relacionada con la alimentación para solventar los problemas que comentábamos en la sección anterior. La mortalidad es enteramente infecciosa en el grupo Infecciosas+Alimentación hasta 1912 pero incluye las patologías relacionadas con la alimentación desde 1912.

Este sistema permite una mayor coherencia en la evolución de las causas que la obtenida de la clasificación original pero no puede salvar algunos aspectos de los cambios diagnósticos. Así, la clara elevación de la mortalidad no infecciosa entre 1912 y 1916 ocurre pese al cambio diagnóstico y se debe, casi exclusivamente, al incremento de la rúbrica “debilidad congénita” propio del criterio diagnóstico de Hernández Briz⁸⁷⁸. En cualquier caso, la tónica general del gráfico sugiere que la mortalidad no infecciosa se mantuvo en tasas inferiores a las de la mortalidad infecciosa, alcanzándola en algunos puntos. Por tanto, no se pueden precisar claramente las contribuciones exactas pero sí ilustrar un aspecto más de las diferencias entre la mortalidad dentro de la Inclusa y la mortalidad de la infancia en general: el elevado papel de la mortalidad infecciosa en el primer mes de vida.

⁸⁷⁶ El marco de todo este proceso es la llamada transición epidemiológica. OMRAM, A.: *Epidemiologic Transition in the United States. The Health Factor in Population Change, Population Bulletin*, Population Reference Bureau, Washington, 1977.

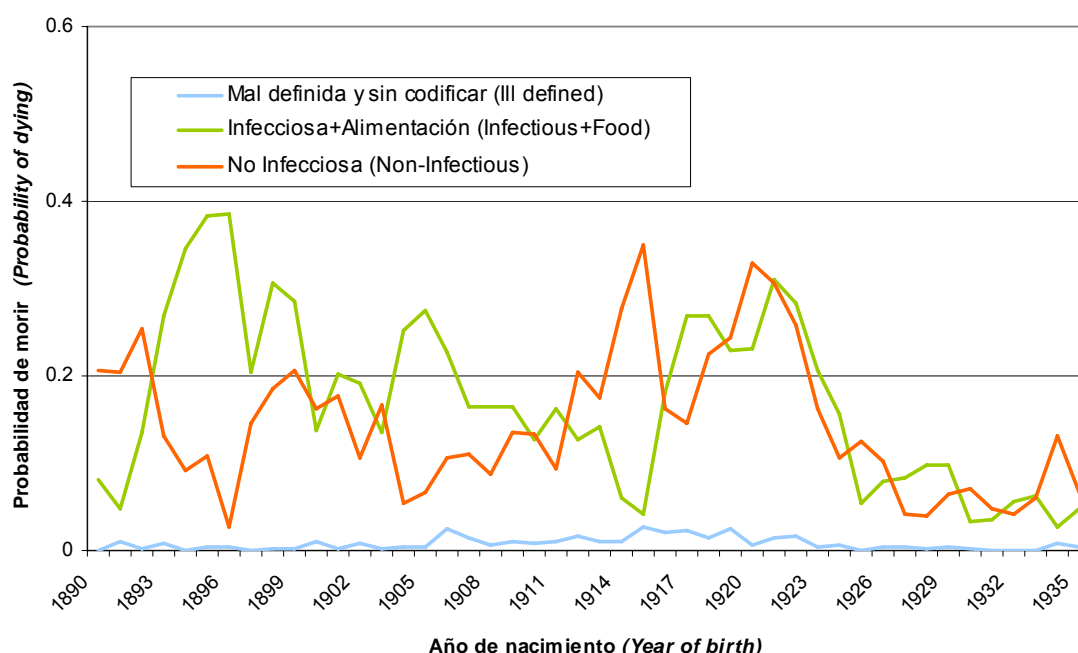
⁸⁷⁷ RAMIRO FARIÑAS: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*, pág. 443.

⁸⁷⁸ En el anexo, gráfico E.2 se ha representado el gráfico obtenido con la clasificación original con fines comparativos.

A diferencia de los niños criados por sus madres o incluso aquellos lactados por nodrizas contratadas, que tenían asegurado el sustento y la inmunidad en la lactancia, los expósitos tenían que enfrentarse sin ninguna inmunidad a la lactancia artificial en un ambiente patológico muy infeccioso. De ahí que no sea sorprendente la importancia de la mortalidad causada por las enfermedades infecciosas y los trastornos derivados de la alimentación en las primeras cuatro semanas de vida.

Gráfico 8.14. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo neonatal dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.

[Graph 8.14. Probability of dying of different groups of causes of death in the neonatal period. Modified classification].

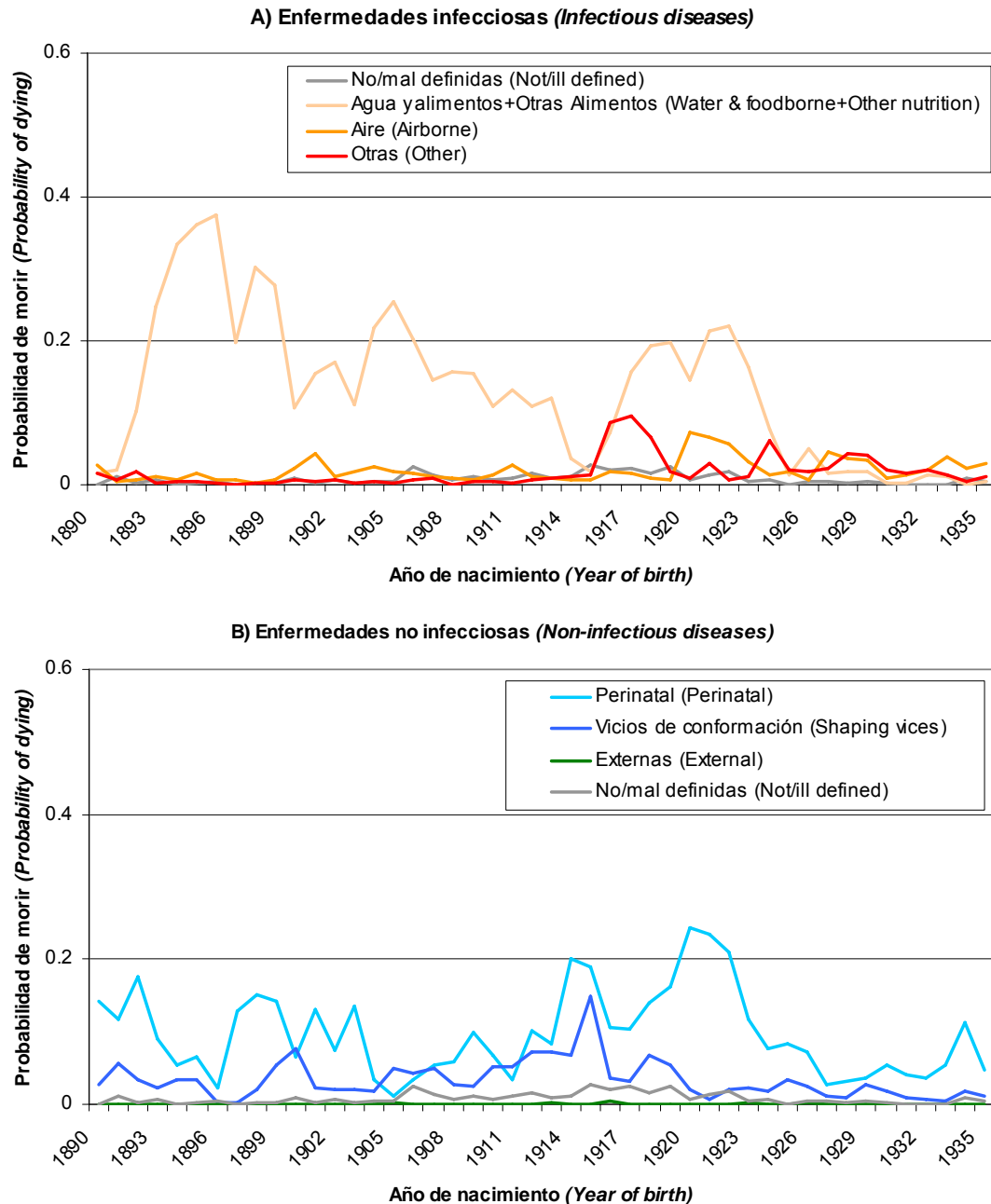


Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003 modificada mediante la inclusión de las expresiones diagnósticas relacionadas con la alimentación (“atrofia”, “atrepsia” y “toxicosis”) en el grupo de las infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos para sortear algunos de los cambios diagnósticos. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification modified by the inclusion of the diagnostic expressions related with food ('atrophy', 'atrepsy' and 'toxicosis) among infectious diseases transmitted by food and water to deal with some diagnostic changes. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive)X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

Gráfico 8.15. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo neonatal entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.

[Graph 8.15. Probability of dying from different groups of causes of death in the neonatal period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification].



Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003 modificada mediante la inclusión de las expresiones diagnósticas relacionadas con la alimentación (“atrofia”, “atrepsia” y “toxicosis”) en el grupo de las infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos para sortear algunos de los cambios diagnósticos. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification modified by the inclusion of the diagnostic expressions related with food ('atrophy', 'atrepsy' and 'toxicosis') among infectious diseases transmitted by food and water to deal with some diagnostic changes. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

En cuanto a su evolución a lo largo del tiempo, se puede apreciar una tendencia similar a la experimentada por la población infantil general, aunque en niveles mucho mayores. Cierta estabilidad de la mortalidad no infecciosa en torno al 100‰ (con oscilaciones) y un descenso de la mortalidad no infecciosa hasta 1911, seguida del crecimiento de ambas a partir de esa fecha, seguida del descenso a partir de la década de 1920. A partir de 1930 el cruce de las dos tendencias sugiere el fin del régimen de sobremortalidad infecciosa específica de la Inclusa y el inicio de un régimen de mortalidad más “normal” (similar al de la población general), presidido por las no infecciosas.

Aunque hayamos estado asumiendo una identidad entre las enfermedades infecciosas y los trastornos relacionados con la alimentación, esta relación sólo se sostuvo al principio del periodo. En el gráfico 8.15. se muestra la probabilidad de morir para cada uno de los grupos de causas de muerte específicos dentro de la clasificación infecciosa/no infecciosa, siguiendo la corrección propuesta.

A través de este gráfico se ve que el grupo de las infecciosas (más las de la alimentación) estuvo fundamentalmente determinado por el comportamiento de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos hasta 1925, a partir de entonces los tres grupos de infecciosas (agua y alimentos, respiratorias y otras) se mantuvieron en un nivel similar. Las enfermedades respiratorias sólo experimentaron elevaciones puntuales (1920-1924, 1927-29, 1934-1935). Es importante señalar aquí que no parece existir ningún rastro de la primera oleada de gripe de 1918 (al menos en los diagnósticos) en la mortalidad neonatal, pero sí de la tercera ola y posteriores. El resto de enfermedades infecciosas cobraron importancia sólo a partir de 1918, manteniéndose niveles muy similares, aunque en ligero descenso, hasta el final del periodo, y sólo experimentando elevaciones ocasionales.

En el caso de la mortalidad no infecciosa, podemos ver claramente que estuvo provocada por las enfermedades perinatales (debilidad congénita) durante todo el periodo, mostrando la misma elevación que presentan todas las causas de muerte alrededor de los años de crisis de mortalidad en 1918.

Por tanto, podemos concluir que pese a que la mortalidad infecciosa (más la derivada de la alimentación) y no infecciosa todavía mantenían una relación próxima a finales de nuestro periodo (aunque en niveles muchísimo inferiores a los de la primera década), había cambiado el tipo de infecciones que componían esa mortalidad: del predominio de la alimentación y gastro-intestinal a la respiratoria. Aunque, este cambio debe ser más asociado al descenso generalizado de la mortalidad de la primera que a un incremento de las segundas.

B. La mortalidad post-neonatal

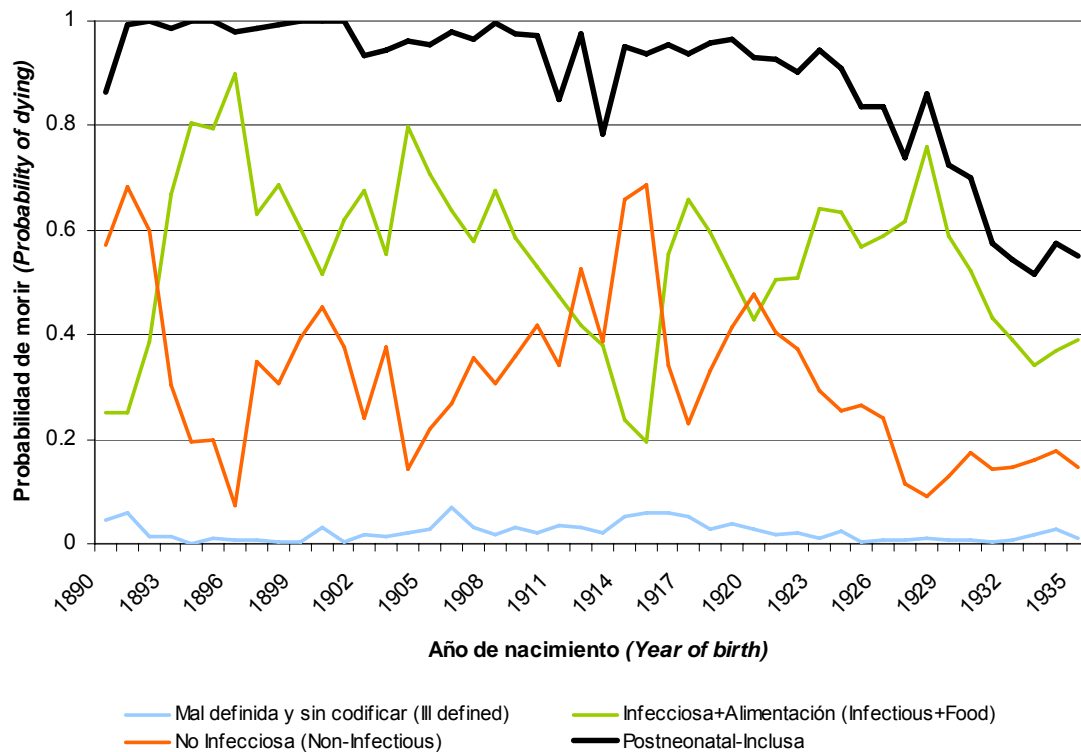
i. Mortalidad post-neonatal dentro de la Inclusa

El patrón de mortalidad de aquellos niños que permanecieron en la Inclusa y nunca fueron enviados a lactar supone un ejemplo extremo de la incapacidad de la institución de conservar la vida de los expósitos en la institución debido tanto a las propias circunstancias de la institución, el ambiente patológico y la

insuficiente/deficiente alimentación y refuerza nuestras tesis sobre las cadenas acumuladas de efectos. El gráfico 8.16 muestra cómo la probabilidad de sobrevivir de un niño que permanecía en la Inclusa (sin ser enviado a lactar o recogido) entre el primer mes y el primer aniversario fue virtualmente cero hasta los años 10. Sólo a partir los años 20 la elevadísima probabilidad de morir (cercana al 100%) empezó a descender y hasta bien entrada la década de los 30 no bajó del 80%.

Gráfico 8.16. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo post-neonatal entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.

[Graph 8.16. Probability of dying from different groups of causes of death in the post-neonatal period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification].

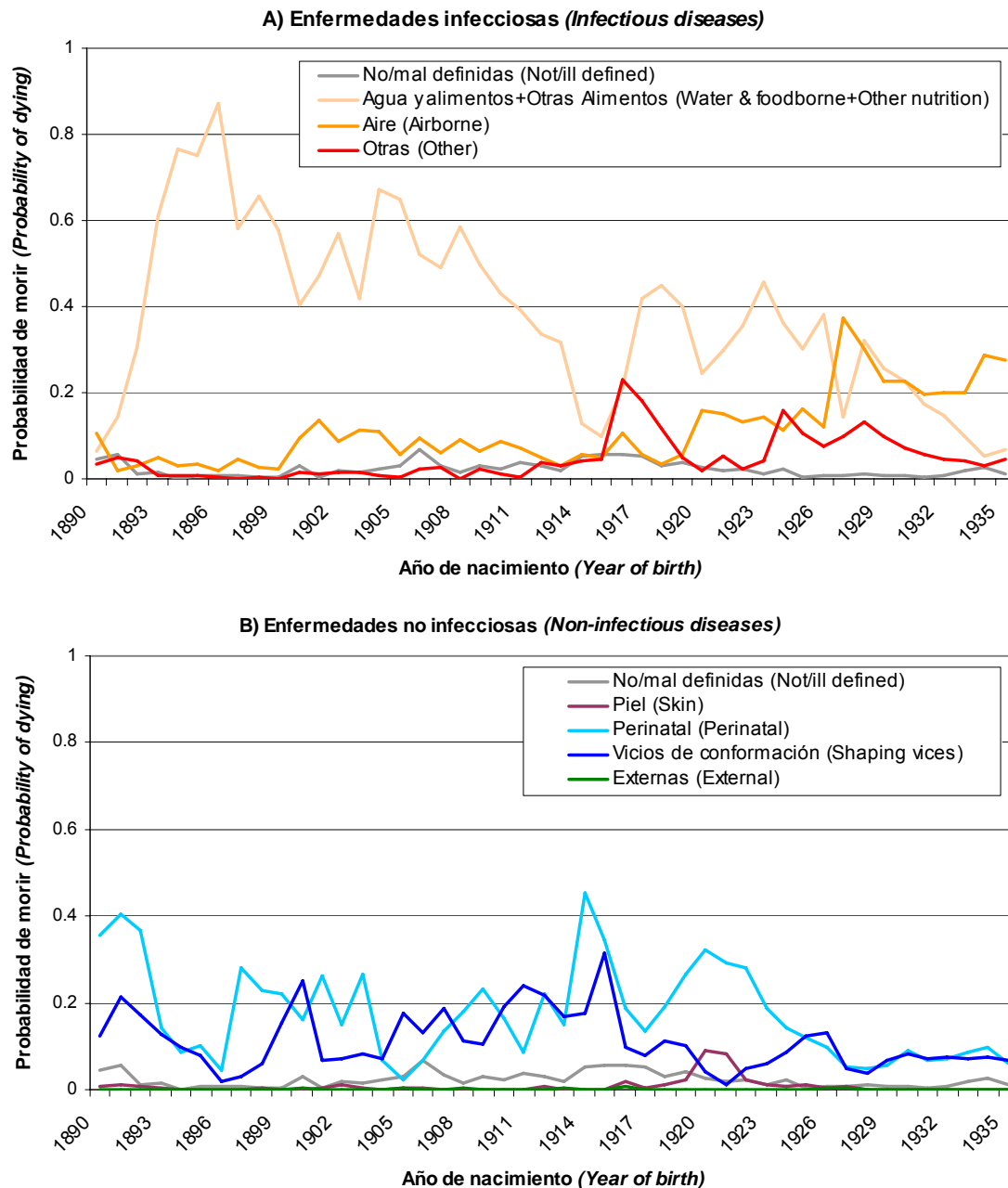


Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003 modificada mediante la inclusión de las expresiones diagnósticas relacionadas con la alimentación (“atrofia”, “atrepsia” y “toxicosis”) en el grupo de las infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos para sortear algunos de los cambios diagnósticos. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification modified by the inclusion of the diagnostic expressions related with food ('atrophy', 'atrepsy' and 'toxicosis') among infectious diseases transmitted by food and water to deal with some diagnostic changes. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

Gráfico 8.17. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo post-neonatal entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.

[Graph 8.17. Probability of dying from different groups of causes of death in the post-neonatal period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification].



Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003 modificada mediante la inclusión de las expresiones diagnósticas relacionadas con la alimentación (“atrofia”, “atrepsia” y “toxicosis”) en el grupo de las infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos para sortear algunos de los cambios diagnósticos. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification modified by the inclusion of the diagnostic expressions related with food ('atrophy', 'atrepsy' and 'toxicosis') among infectious diseases transmitted by food and water to deal with some diagnostic changes. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

En cuanto a la mortalidad responsable de esas defunciones, la tónica era similar a la del periodo neonatal, con una superioridad de las causas de origen infeccioso. Esta relación equipara en mayor medida la experiencia expósita a la de la población general que en el periodo neonatal (en cuanto a la relación de las causas) pero el peso de la mortalidad no infecciosa es mucho mayor entre la población expósita, que debería ser mucho inferior y no se explica exclusivamente por el periodo 1912-1916, que experimenta el mismo salto diagnóstico producido por el exceso de registro de “debilidad congénita”.

En cuanto a la evolución de los dos tipos de enfermedades, se aprecia una estructura similar al periodo anterior y la población general: cierta estabilidad de las causas no infecciosas y disminución desde los años 20; y descenso de las infecciosas hasta mediados de la década de 1910, seguido de un incremento y una reducción sólo ya en la década de 1930. No obstante, las fuertes oscilaciones de las líneas en estos años hacen difícil una lectura de cada uno de los cambios individuales y parece más oportuno, sugerir sólo la tendencia generalizada: superioridad de las enfermedades infecciosas.

Si se observan las causas de muerte específicas, la imagen difiere ligeramente de la que se mostraba para el intervalo neonatal. En el gráfico 8.17 la estructura se muestra similar al menos hasta 1917 con un predominio casi absoluto de las causas relacionadas con el agua, los alimentos y la nutrición. A partir de ese momento, no obstante, se documenta una influencia de las enfermedades respiratorias mayor que la observada en el periodo neonatal, alcanzando su máxima en 1928. El peso relativo de las enfermedades no infecciosas se mantuvo en cifras muy similares durante todo el periodo. Esto muestra, entre otras cosas, cómo la influencia de la ideología determinaba la consideración de las causas de muerte ya que una defunción por “debilidad congénita” (la causa de muerte más importante del grupo de las defunciones perinatales) ocurrida con más de un mes de vida probablemente se debía más al efecto de otras patologías contraídas o al tratamiento en la institución que a un defecto de nacimiento, por el que probablemente hubiera muerto mucho antes.

ii. Mortalidad post-neonatal ocurrida en pueblos

Dado que la mayor parte de las defunciones durante el periodo neonatal ocurrieron fundamentalmente dentro de la Inclusa a excepción del periodo 1890-1893, el reducido número de niños enviados a lactar durante ese periodo no permite un análisis robusto de la mortalidad neonatal en pueblos, por lo que hemos abordado directamente aquella ocurrida en el periodo post-neonatal. Esta mortalidad sólo contabiliza el riesgo de morir de aquellos niños desde que fueron enviados a lactar durante el periodo post-neonatal por lo que no cuenta su experiencia previa ni la de los expósitos conservados en la institución.

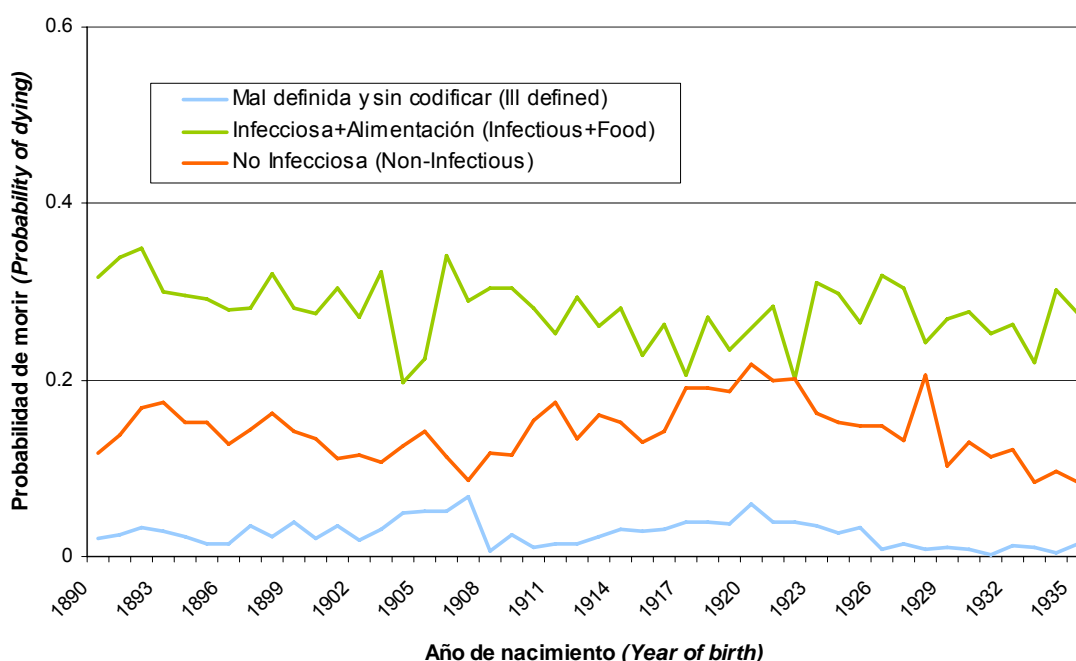
Este grupo es mucho más fácilmente analizable que los niños conservados en la Inclusa por dos razones. En primer lugar, las defunciones rurales no se veían afectadas por los cambios de diagnóstico descritos para la Inclusa por lo que no ha sido necesario aplicar la corrección propuesta para la Inclusa. En segundo lugar, dado que las defunciones se producían en las áreas rurales de los alrededores de Madrid, parece más probable que el patrón epidemiológico observado sea similar al de los niños nacidos y criados en esos lugares, ya que compartían los mismos factores de riesgo desde el

primer mes de vida.

En el gráfico 8.18 se puede ver que, pese a que la estructura de la mortalidad muestra una mayor mortalidad por causas infecciosas, como en los niños conservados en el interior de la Inclusa, no se observa la extrema mortalidad del interior. A un ligero descenso, le siguió una elevación a mediados de la década de los diez, seguido de un descenso más evidente en los años 20. En cuanto al patrón epidemiológico, la imagen es similar a la del interior de la Inclusa también para infecciosa (descenso, elevación y descenso) y no infecciosa (estabilidad y ascenso).

Gráfico 8.18. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo post-neonatal para niños enviados a lactar. Clasificación original.

[Graph 8.18. Probability of dying from different groups of causes of death in the post-neonatal period for children placed in the countryside. Original classification].

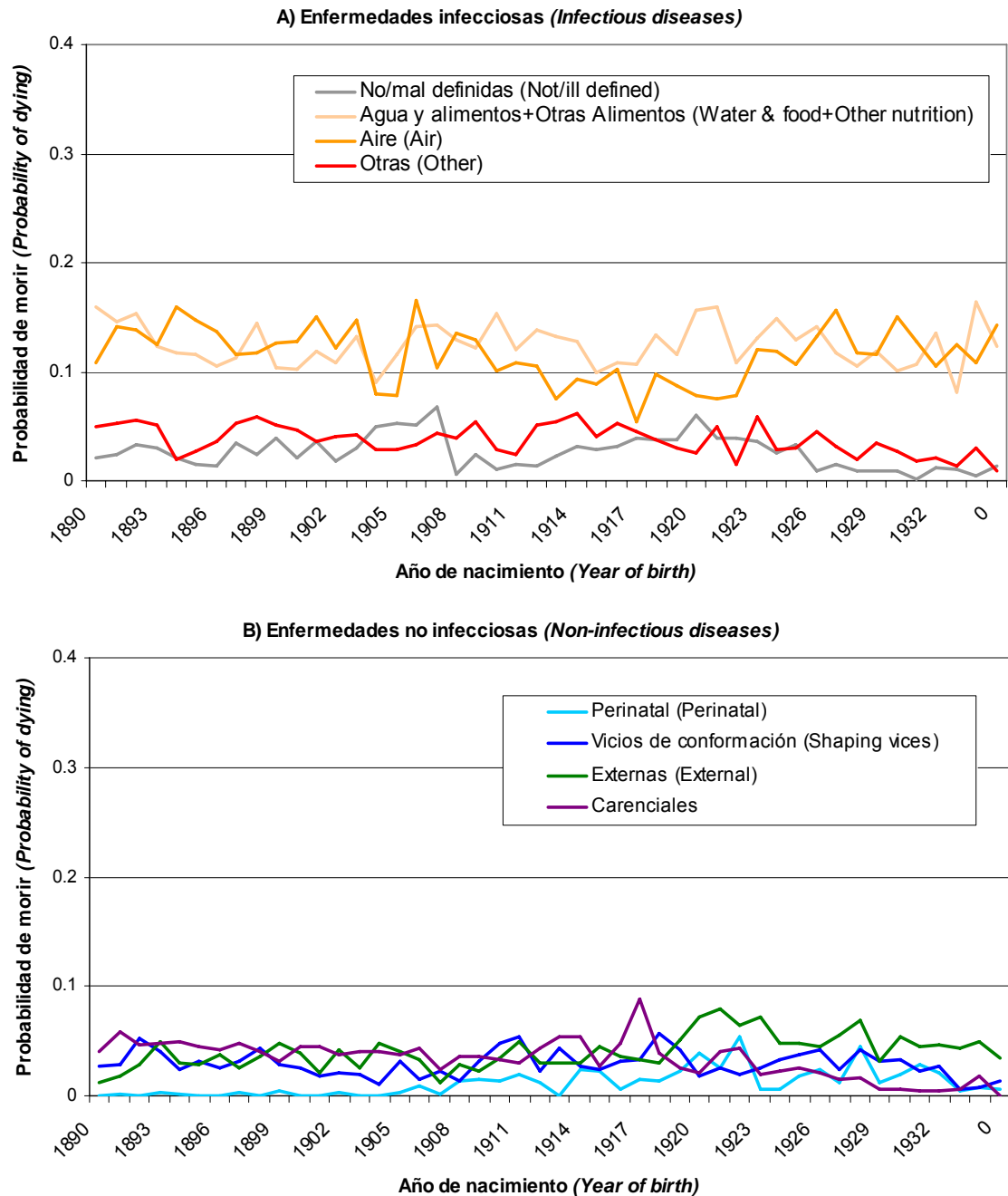


Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

Gráfico 8.19. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo post-neonatal para niños enviados a lactar. Clasificación original.

[Graph 8.19. Probability of dying from different causes of death in the post-neonatal period for children placed in the countryside. Original classification].



Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

Comparando estos datos con los datos poblacionales de Toledo, que puede ser representativo de las condiciones rurales de las provincias adyacentes a Madrid, puede ilustrar las diferencias entre expósitos y los niños nacidos y criados en áreas rurales⁸⁷⁹. En primer lugar, la relación entre infecciosas y no infecciosas de los expósitos es muy similar. En segundo lugar, en cuanto a la tendencia, la mortalidad infecciosa de los expósitos residiendo en áreas rurales replica el descenso seguido de elevación de la mortalidad en las áreas rurales de Toledo entre 1914-1922. Es decir, la mortalidad expósita pareció verse afectada por algunas circunstancias propias de la cronología general.

Si profundizamos en el análisis por grupos de causas, podemos ver la estructura de la mortalidad infecciosa en el gráfico 8.19. Mientras que para los niños de las áreas rurales, en el periodo post-neonatal la superioridad de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos superaron a las respiratorias hacia 1910, para los expósitos, la imagen que presenta el gráfico no es tan clara. En general, se observa una variación muy reducida, comparada con la caída de la mortalidad de los años 20 y 30 que se observa para los niños residiendo en pueblos o para los expósitos conservados en la institución.

Se perciben tres fases, una inicial de igualdad entre las transmitidas por el aire y agua y alimentos (o ligera superioridad de las transmitidas por el aire), una superioridad de las transmitidas por agua y alimentos producida por el descenso de las transmitidas por aire entre 1915 y 1918 y, finalmente, el predominio de las transmitidas por el aire desde ese momento hasta el final. En cualquier caso, la mortalidad experimentada por los expósitos era mucho más alta que la del resto de los niños ya que mientras las tasas de esas dos causas de muerte se concentraban entre los 40-70‰, los de la Inclusa estaban entre los 100-200‰.

La mortalidad no infecciosa en esta época se mantuvo con cifras muy bajas si se comparan con las de la mortalidad infecciosa pero mucho más elevadas que las de la población infantil. El grupo principal de causas responsables de esta mortalidad eran las “externas” que, fundamentalmente a estas edades, estaban compuestas de atrepsias. No obstante, como hemos mencionado antes, la atrepsia era una transferencia diagnóstica de las enteritis, el grupo de las infecciosas del agua y los alimentos está subestimado. Asimismo ocurre con las carenciales, que sólo aparecieron brevemente entre 1918-1919. Dado que la presencia de las atrepsias entre los diagnósticos es consistente a lo largo del periodo, al menos se trata de una subestimación consistente, a diferencia de lo que ocurría con los niños que fallecían dentro de la institución.

Si se traslada la mortalidad por atrepsia al grupo de las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, el patrón epidemiológico cambiaría. La relación infecciosas-no infecciosas sólo se ve profundizada (por un incremento de las infecciosas) pero, aún así, las defunciones por causas no infecciosas se mantenían en cifras alrededor del 100‰, llegando a alcanzar el 150‰. Al realizar este ajuste la distribución interna de las infecciosas varíaa sensiblemente, dando prioridad a las muertes por causas gastro-intestinales frente a la tendencia propia de la población general al predominio de las enfermedades respiratorias. Esta situación no sería sorprendente, en cualquier caso, dado lo que ya se ha descrito sobre la importancia de la

⁸⁷⁹ RAMIRO FARÍÑAS: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*, pág.460.

alimentación (o la deficiente alimentación) de los expósitos y las consecuencias que tenía para su salud futura, comprometida por la estancia en la institución.

iii. La sífilis en el periodo post-neonatal

Para acabar el repaso a la mortalidad durante el primer año de vida, hemos hecho un breve repaso a la sífilis, que fue casi sinónimo de la pobre situación con la que eran admitidos los niños abandonados. Pese a la ausencia de importancia cuantitativa de las enfermedades no infecciosas dentro de la mortalidad infantil, la sífilis tuvo un papel muy importante en la mentalidad de médicos y pensadores que teorizaban o reflexionaban sobre el abandono infantil. Además, presenta una oportunidad más de hablar de los problemas de diferenciación de las defunciones ocurridas dentro y fuera de la Inclusa.

La sífilis es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual para los adultos y congénita para los recién nacidos al ser transmitida por la madre, por lo que en nuestro análisis la hemos incluido entre la mortalidad no infecciosa (entre los vicios de conformación). Si esta patología no se trata en la madre, puede producir la infección del feto y al menos el 50% de los casos pueden acabar en abortos, cuando no en bajo peso al nacer o nacimiento prematuro, que comprometen la salud futura. Puede producir una sintomatología presente desde el nacimiento pero también aparecer a lo largo de la vida del niño e incluso más allá de los dos años, aunque esto suele ser más raro. Los síntomas más claros al nacimiento son alteraciones óseas, erupciones cutáneas, secreción nasal acuosa, ceguera, disminución de audición, retraso o incapacidad de crecimiento, etc⁸⁸⁰.

Dos razones fundamentales llevaron a la sífilis a ser objeto de importante preocupación para los médicos de la Inclusa y referencia constante entre las causas fundamentales pese a su relativa escasa importancia numérica: por un lado, el riesgo de contagio de nodrizas por niños sifilíticos que no presentaban síntomas aparentes y, por otro lado, la inevitabilidad de la muerte de esos niños sifilíticos.

La primera de estas cuestiones fue muy importante fuera de España. En Italia, por ejemplo, la infección de nodrizas rurales por expósitos sifilíticos llegó a ser considerada como un grave problema de salud pública⁸⁸¹. Durante toda la segunda mitad del siglo XIX, las nodrizas rurales fueron contagiadas por expósitos infectados. Y, tras un primer esfuerzo inicial de los médicos de las instituciones de evadir la responsabilidad culpabilizando a las nodrizas del contagio, finalmente tuvieron que aceptar la realidad de que la infección era causada por los expósitos⁸⁸². La solución adoptada fue la alimentación artificial (hasta los 3 meses) de aquellos expósitos que carecían de antecedentes fiables, elevando la mortalidad de este colectivo hasta más allá del 70%⁸⁸³.

⁸⁸⁰ RIVERA, M.: "Sífilis congénita" en *Honduras Pediátrica* n° XXIII (2), 2003, pág.1.

⁸⁸¹ KERTZER: "Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy", pág.599.

⁸⁸² En este sentido Kertzer retoma a Ransel hablando de la lucha de la ideología del "decline in morals in the countryside" argumentado por los médicos en contra de la idea de "the corrupt city poisoning the countryside". Ibid., 592. RANSEL: *Mothers in Misery. Child Abandonment in Russia*, pág.298.

⁸⁸³ Sólo en Bolonia, en el periodo 1868-1878 cerca de 276 murieron de sífilis y entre 188-1887 345 nodrizas acudieron a la institución buscando reparaciones por haber sido infectadas de sífilis, a

En España, este tema fue descrito en numerosas ocasiones pero nunca adquirió la importancia que en Italia. En 1801 Uriz comentaba los dos posibles sentidos de la infección: “han de haber niños corrompidos que corrompan mugeres que no lo estén; y mugeres corrompidas, que talen los niños limpios”⁸⁸⁴. En 1890 el dr. Viñeta Bellaserra en su trabajo sobre la profilaxis de la sífilis entre el niño y nodriza apenas dedicaba espacio a esta situación. Aunque rechazaba plenamente la lactancia de un expósito sifilítico por una nodriza sana, se centraba fundamentalmente en aquellas nodrizas empleadas por las familias y depositaba en los médicos la responsabilidad en controlar que no se infectaran mujeres sanas. No dedicaba su atención a la responsabilidad moral o legal de las instituciones en la eventualidad de un contagio por niños sin claros síntomas de sífilis. De hecho, su única recomendación para las casas de expósitos y maternidad era la construcción de pabellones donde las nodrizas sifilíticas pudieran lactar a niños sifilíticos, o en su defecto la lactancia animal (burras y cabras, preferiblemente)⁸⁸⁵.

En lo que respecta a la Inclusa, a finales de siglo XIX se describió incluso su peligro para los animales. Pérez Moreda recoge el comentario de que en algunas Inclusas (entre ellas la madrileña) los cabreros no querían alquilar sus animales, dado que los expósitos podían contagiar a las cabras⁸⁸⁶. En 1918 la discusión alcanzó foros académicos. El dr. Mañueco en una sesión de la Real Academia de Medicina, tratando de la sífilis, describía la incapacidad de las inclusas de evitar la transmisión de la sífilis a las nodrizas rurales exclusivamente por medio de la reacción de *Wasserman*, que tendía a dar falsos negativos en niños muy pequeños⁸⁸⁷. La respuesta del dr. Hernández Briz en la sesión siguiente aseguró que la Inclusa había puesto todos los medios posibles para evitar esa situación ya que se estaba sometiendo a la reacción de *Wasserman* a todas las madres dando a luz en la casa de maternidad, ayudando a la detección de todos los casos posibles⁸⁸⁸. Esa medida sólo llevaba en vigor unos dos años⁸⁸⁹.

A pesar de esta decidida negativa a considerar la existencia de niños sifilíticos y contagios como problemática durante décadas, la memoria del Cuerpo Médico de Beneficencia en 1918 específicamente describía este fenómeno como un problema ya

consecuencia de lo que se habían infectado también otros miembros de su familia. KERTZER: “Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy”, pág.598; y KERTZER: *Amalia's Tale. A Poor Peasant, an Ambitious Attorney, and a Fight for Justice*, pág.39. Sobre el juicio a la Inclusa de Bolonia y las consecuencias, legales y demográficas en la población abandonada de esta institución ver precisamente esta última obra.

⁸⁸⁴ Citado por PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, pág.81.

⁸⁸⁵ VIÑETA-BELLASERRA: *Profilaxis de la sífilis en el niño y en la nodriza por medio de la lactancia animal particularmente en las Maternidades y Casas de Expósitos*, Tipografía de la Casa Provincial de Caridad, Barcelona, 1889.

⁸⁸⁶ PÉREZ MOREDA: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, págs.82-83.

⁸⁸⁷ “Actas de sesiones literarias de la Real Academia de Medicina”, 1918, 2 de febrero.

⁸⁸⁸ Ibid. 9/2/1918. Para Navarra, consta que en 1930 se realizaba sistemáticamente la reacción de Wasserman a los niños abandonados pero Uribe no podía precisar desde cuándo. URIBE-ETXEBARRIA FLORES: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, pág.189.

⁸⁸⁹ “Diputación provincial”, La Correspondencia de España, 27 de noviembre de 1916, pág.4

que no se respetaban las 10 semanas que los niños debían permanecer en la institución para asegurarse de que no tenían enfermedades que pudieran contagiar a las nodrizas rurales⁸⁹⁰. Pese al mantenimiento de esta denuncia en la campaña de los médicos, nunca cobró excesiva importancia en el discurso ni se estudió el número de nodrizas que podrían estarse viendo afectadas.

Este problema debió existir como se ve en el gráfico 8.20, que contrapone el número anual de defunciones de sífilis y el número de ellos que habían sido enviados a lactar. Entre 1890 y 1898 el 50-80% de los expósitos muertos a causa de sífilis habían sido enviados a lactar; en el periodo 1899-1914 la proporción se mantuvo entre el 10 y el 20%; de 1915 a 1919 se mantuvo entre el 4 y el 8%; y entre 1920 y 1926 (el último año con un importante número de defunciones por sífilis) la variabilidad fue muy grande por lo que no se puede hablar de una tendencia. Es muy posible que en estos años más de 500 mujeres, probablemente viviendo en los pueblos de los alrededores, estuvieran en riesgo de contraer la enfermedad a través de los expósitos que lactaban, consecuentemente poniendo en peligro la salud de sus hijos y maridos⁸⁹¹.

El segundo aspecto de la importancia de la sífilis en el discurso médico, la imposibilidad de salvar las vidas de los expósitos sin contar con madres/nodrizas sifilíticas para lactarlos, sí que fue retomado una y otra vez por los médicos de la institución. González Álvarez ya en 1895 comentaba que en la sala de sifilíticos, para los que tenía destinadas 25 camas, todos morían por ser lactados artificialmente mientras que con sus madres, los niños sifilíticos se salvaban⁸⁹². Bravo Frías y Alonso Muñoyerro también destacaron la necesidad de nodrizas sifilíticas en sus reclamaciones o de que se quedaran ese tipo de madres en la institución pero no fueron más afortunados⁸⁹³. La mortalidad siguió siendo muy elevada hasta que los médicos pudieron disponer de los medios para combatir la enfermedad.

Si miramos los datos de defunciones ocurridas en la Inclusa, tanto de niños enviados a lactar como de aquellos conservados en la Inclusa, vemos que la trayectoria de defunciones sugiere una patrón cíclico al menos hasta la primera mitad de la década de los diez: periodos con alrededor de 50 defunciones anuales alternados con otros en los que se duplicaba esa cifra. La extrema mortalidad de 172 defunciones ocurridas en el año 1915, de las cuales 170 habían ingresado ese mismo año, es claramente un caso extremo. Sin ninguna otra información adicional sobre un repentino incremento de la incidencia de la sífilis en ese año, no puede descartarse que esta elevación no esté relacionada con cuestiones de cambio de diagnóstico.

⁸⁹⁰ *La mortalidad de los niños de la Inclusa. Sus causas y sus remedios*, pág.7.

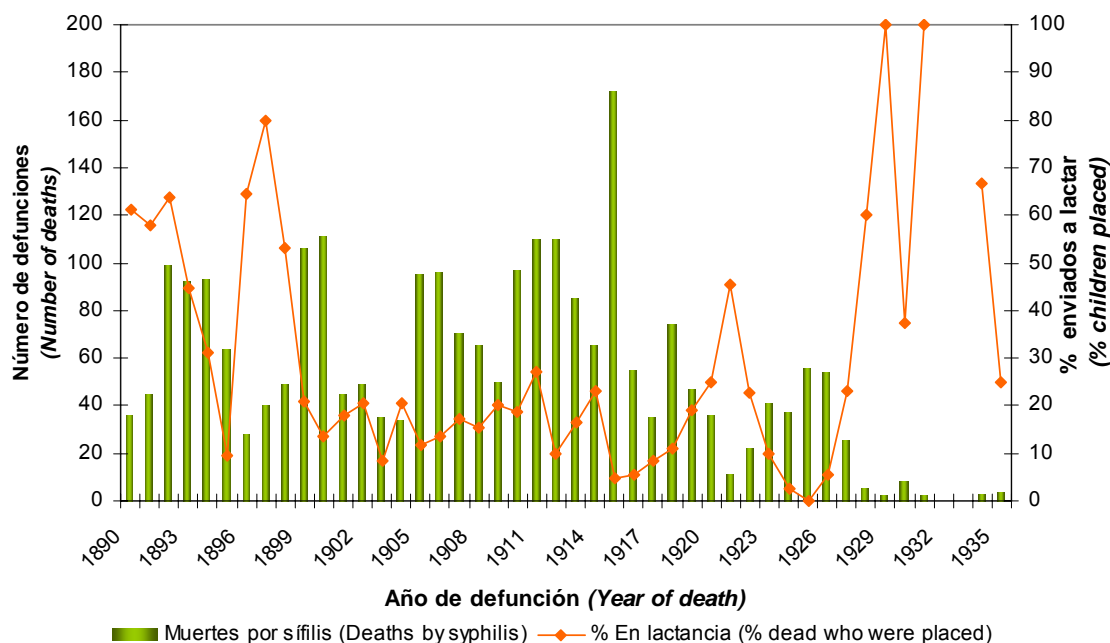
⁸⁹¹ Esta estimación sería un mínimo porque no hemos considerado que algunos de ellos pudieron contagiar a más de una nodriza en los casos de devoluciones a la Inclusa y de nuevo envío a lactar con otra nodriza.

⁸⁹² GONZÁLEZ ÁLVAREZ: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, pág.27.

⁸⁹³ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: "La transformación de las Inclusas", págs.64-65.

Gráfico 8.20. Defunciones por sífilis, 1890-1935.

[Graph 8.20. Deaths by syphilis, 1890-1935].



Fuente: ARCM. Elaboración propia utilizando la clasificación Bernabeu et al 2003.
 [Source: ARCM. Own elaboration using Bernabeu et al 2003 classification].

En 1914, la memoria de Hernández Briz documentaba 70 defunciones por sífilis y describía el uso de ungüento mercurial, baños de sublimado y los recién descubiertos compuestos de la arsénamina, salvarsán y neosalvarsán, para tratar la enfermedad⁸⁹⁴. Sin embargo, no reportaba la morbilidad específica ni el éxito de curación por lo que probablemente no había ninguno. Al menos hasta 1918, pese a su escasa importancia, seguía en el centro del discurso y así Hernández Briz la consideraba entre las cuatro causas principales de muerte principales responsables de la mortalidad⁸⁹⁵.

Como ya se ha descrito con anterioridad, Bravo y Alonso tanto en la Memoria de 1918 como en los textos posteriores intentaron precisamente luchar contra esta visión de la sífilis como uno de los principales motores de la mortalidad expósita. En 1923 escribían, todavía usando las cifras de 1917 que la proporción de sífilíticos en la Inclusa no superaba el 8% y que:

Es una leyenda eso de que por se hijo del vicio llevan en sí en su mayoría el germen de esta grave infección [sífilis]. Esto ha servido para que la desidia y el abandono hayan imperado en todo lo que justificara la mejora y atención para estas infelices criaturas, encontrado justificación de esa actitud en el punible error e ignorancia de considerarlos como infectados en su mayoría⁸⁹⁶.

Las defunciones por sífilis, aunque no sabemos si los casos de niños abandonados con sífilis, disminuyeron a partir de 1928, en que se redujeron de 5 a 8 anuales. Esta reducción estuvo probablemente relacionada con la mejora de las circunstancias de la institución y de la correcta aplicación de la terapéutica. Por un lado,

⁸⁹⁴ HERNÁNDEZ BRIZ: *La Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid. Su estado actual y su porvenir.*, pág.13.

⁸⁹⁵ HERNÁNDEZ BRIZ: "Causas de la mortalidad de los niños en la Inclusa. Sus remedios", pág.75.

⁸⁹⁶ BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: "La transformación de las Inclusas", págs.24-25.

se fomentó la lactancia materna para aquellas mujeres que habían dado a luz en la Maternidad, por otro se mejoró el sistema de alimentación que ya no determinaba ineludiblemente la muerte de los sometidos a ella.

8.3.2.2. Las causas de la mortalidad juvenil

A. Mortalidad juvenil ocurrida dentro de la institución

La probabilidad de morir de un niño durante el periodo juvenil si se conservaba dentro de la institución (y que no era enviado a lactar o recogido por sus padres) no descendió definitivamente de cifras cercanas al 100% hasta casi los años 20, de manera análoga a lo que ocurría en el periodo post-neonatal. Esta práctica no afectaba a un conjunto de niños tan grande como en el caso del periodo post-neonatal: 30-50 defunciones entre 1 y 5 años frente a 400-500 defunciones entre el primer mes y el primer aniversario. Esto estaba determinado tanto por el escaso número de niños residiendo dentro de la institución como su, relativamente, menor mortalidad.

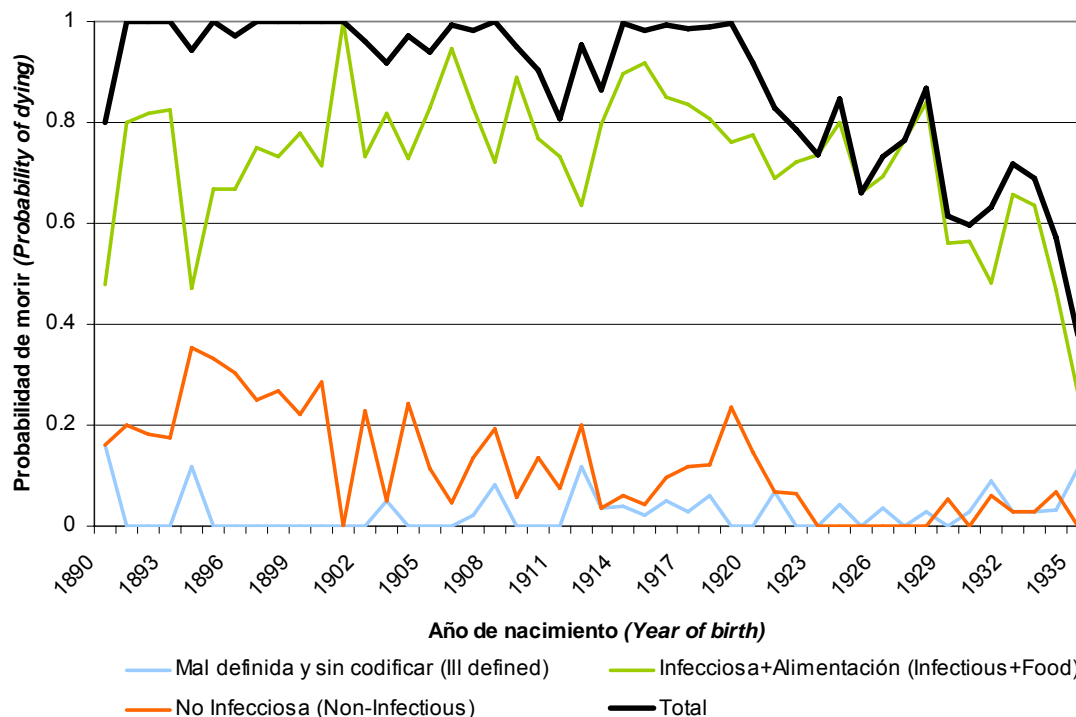
Como se ve en el gráfico 8.21, en el periodo juvenil, la mortalidad predominante era claramente de tipo infeccioso. Es necesario tomar con cuidado la diferencia infecciosa-no infecciosa porque las defunciones por este último tipo de causas sólo implicaban una o dos anuales. La tendencia no es muy fiable por el reducido número de casos y las variaciones anuales. En cualquier caso parece mucho más elevada que para la población general donde no el nivel de este tipo de defunciones era muy inferior.

Dada la escasez de defunciones, no hemos calculado las tasas específicas de mortalidad por causas pero sí hemos notado que las principales responsables de las defunciones de expósitos en el interior de la institución eran las enfermedades transmitidas por el aire, las respiratorias, entroncando por primera vez con la experiencia de los niños residentes en la ciudad en ese intervalo. Si la mayor incidencia de este grupo de enfermedades se debía, en la población general, a la facilidad de contagio (por la transmisión aérea) en condiciones de hacinamiento en viviendas y falta de higiene y las dificultades para el control y la profilaxis⁸⁹⁷, en la Inclusa estos problemas se multiplicaban por las limitaciones de espacio y tratamiento de que disponían. Entre las no infecciosas, la sífilis y la debilidad congénita todavía más allá del año de vida son los únicos diagnósticos que aparecen.

⁸⁹⁷ SANZ GIMENO: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, pág.93.

Gráfico 8.21. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo juvenil entre los conservados dentro de la Inclusa. Clasificación modificada.

[Graph 8.21. Probability of dying from different groups of causes of death in the early childhood period for those still remaining in the Foundling Hospital premises. Modified classification].



Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003 modificada mediante la inclusión de las expresiones diagnósticas relacionadas con la alimentación (“atrofia”, “atrepsia” y “toxicosis”) en el grupo de las infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos para sortear algunos de los cambios diagnósticos. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

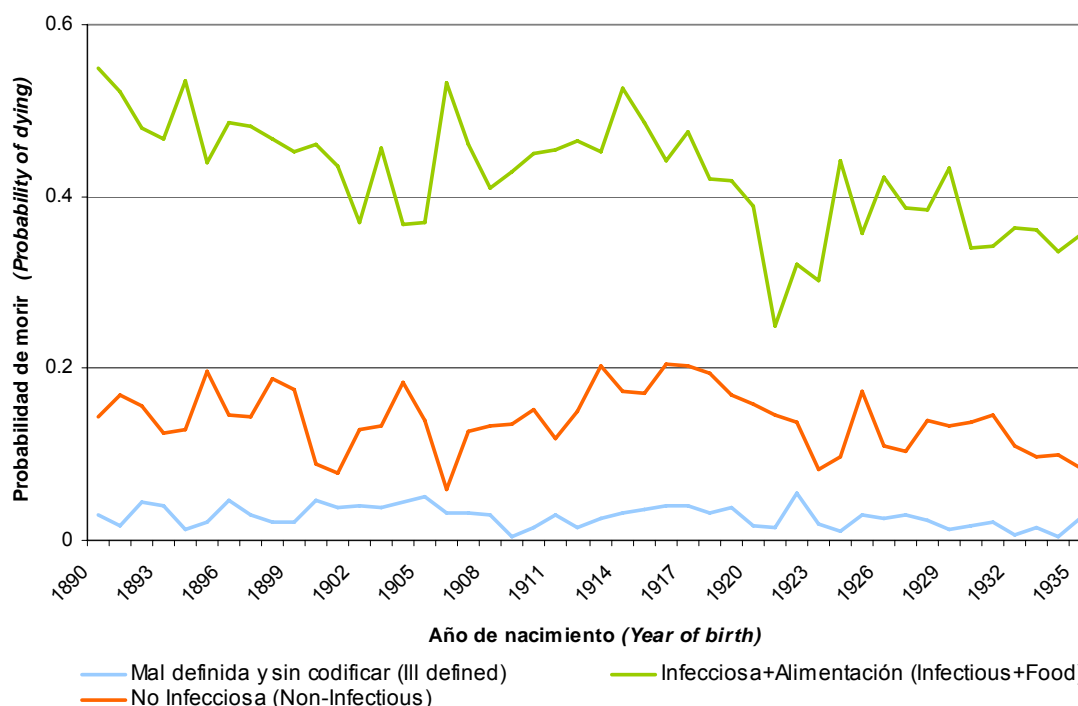
[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification modified by the inclusion of the diagnostic expressions related with food ('atrophy', 'atrepsia' and 'toxicosis') among infectious diseases transmitted by food and water to deal with some diagnostic changes. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

B. Mortalidad juvenil ocurrida en pueblos

La mortalidad en el periodo juvenil para aquellos expósitos residiendo en pueblos era necesariamente mucho menor que la de aquellos conservados en la institución, como en el caso de la post-neonatal, pero era mucho más elevada y, como se puede ver en el gráfico 8.22. Por un lado, vemos que para un niño enviado a lactar si se mantenía entre el primer y quinto aniversario en lactancia (y no era retornado o enviado al hospicio) la probabilidad de morir era bastante elevada, entre el 600-800‰. Por otro, se observa un claro descenso desde el principio del periodo, interrumpido por la elevación de mortalidad de las generaciones nacidas entre 1915 y 1918, que reproduce el pronunciado descenso de la mortalidad juvenil que se estaba experimentando entre las áreas rurales.

Gráfico 8.22. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo juvenil para niños enviados a lactar. Clasificación original.

[Graph 8.22. Probability of dying from different groups of causes of death in the early childhood period for children placed in the countryside. Original classification].



Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

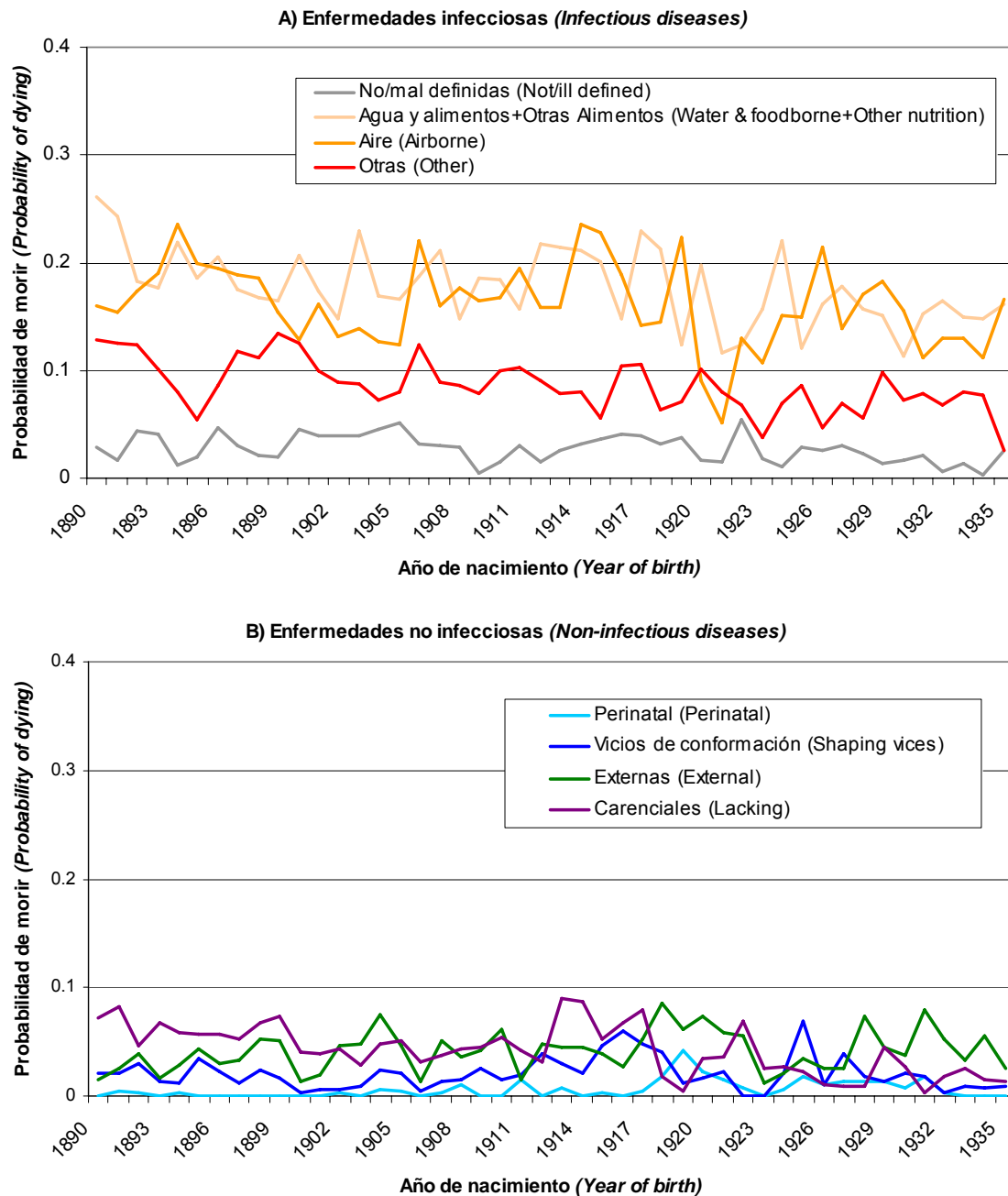
[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

Como en la población en general, predominaron las causas de tipo infeccioso, aunque también se aprecia un continuo papel de las no infecciosas, fundamentalmente a causa de las atrepsias, como en el periodo post-neonatal. Si se re-estima la diferencia entre la mortalidad infecciosa y no infecciosa asignando todas las atrepsias entre las externas, el peso de las causas no infecciosas disminuye pero, aún así, la contribución de las causas no infecciosas es mucho mayor de lo esperado, comparado con las áreas rurales circundantes. De cifras por encima del 100% se pasa a cifras ligeramente inferiores. No obstante, como se ve en el gráfico 8.23 la mortalidad no infecciosa también tenía una importante contribución de las enfermedades carenciales.

La mortalidad de tipo infeccioso se debía fundamentalmente a causas de transmisión aérea y a través del agua y los alimentos, que mantuvieron una evolución similar, descendiendo lentamente hasta la mitad de la década de 1910, para incrementarse posteriormente (las transmitidas por el aire en 1915 y las transmitidas por el agua y los alimentos ocupando el lugar primordial en 1918, 1920 y 1925).

Gráfico 8.23. Probabilidad de morir según distintas causas de muerte en el periodo juvenil para niños enviados a lactar. Clasificación original.

[Graph 8.23. Probability of dying from different causes of death in the early childhood period for children placed in the countryside. Original classification].



Nota: Causas codificadas clasificación Bernabeu et al. 2003. Para evitar sobre-representación de las causas de muerte por la existencia de riesgos competitivos, las probabilidades de muerte en función de distintos grupos de causas se ha calculado ajustando el cálculo tradicional por la corrección de nivel general para la mortalidad por todas las causas ((Defunciones por causa en el intervalo/número de niños admitidos o supervivientes) X Factor Ponderación Tradicional a Longitudinal en tabla E3). Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: Causes codified by Bernabeu et al. 2003 classification. In order to avoid over-representation of causes of death because of the presence of competitive risks, probabilities of dying according to different groups of causes of death has been computed adjusting the traditional computation by a correction of the general level of mortality for all causes. ((Deaths by cause in an interval/number of children admitted or alive) X Weight factor from traditional to longitudinal measures in table E3). Source: ARCM. Own elaboration].

La mortalidad causada por las enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos estaba relacionada con la debilidad orgánica experimentada por los expósitos a lo largo de su vida en la institución. La elevación de la mortalidad que se aprecia en los expósitos al cargo de la Inclusa tiene un origen multi-factorial, dado que se ha encontrado en todos los intervalos de edad, en casi todas las causas de muerte y tanto en los expósitos conservados en la Inclusa como en aquellos enviados a lactar. Por tanto, parece posible que la elevación que se observa también en este caso esté relacionada con un efecto de *scarring* en la salud de los expósitos que, debilitados por las condiciones dentro de la Inclusa en esos años, experimentaban una mortalidad mucho más elevada al pasar al cuidado de las nodrizas externas, que, sin ningún tipo de supervisión, podían llevar a cabo prácticas peligrosas para la salud infantil y, aún más, en el caso de niños con una salud previamente comprometida. De hecho, es posible que esta mortalidad coincidiera con la elevación de los 18 meses. Las bajas defensas, la deficiente nutrición y el tratamiento generalizado tanto dentro como fuera de la institución los hacía alcanzar un grado de vulnerabilidad frente a todo tipo de enfermedades y, particularmente, las infecciones alimentarias.

C. Las enfermedades respiratorias en la mortalidad juvenil

Para finalizar el análisis de las causas de muerte, hemos decidido detenernos en la última de la tríada de enfermedades consideradas como responsables de la mortalidad de la Inclusa: las respiratorias. Junto a la sífilis y a los trastornos alimentarios, de las que hemos hablado con anterioridad, las respiratorias fueron de las más comentadas en los análisis de los médicos contemporáneos, por lo que hemos ofrecido una breve referencia a su incidencia.

De entre las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio, las dos enfermedades responsables de la mortalidad fueron el sarampión (el 18%) y las neumonías y bronconeumonías (que acaparaban el 34%). En primer lugar, el sarampión es una enfermedad epidémica que tiene ciclos cortos, de tres o cuatro años, afectando a niños que no había tenido contacto con la enfermedad y por tanto no habían desarrollado inmunidad, siendo responsable durante el siglo XIX de un importante número de defunciones infantiles⁸⁹⁸. Según muchos médicos contemporáneos, era uno de los principales asesinos de la infancia⁸⁹⁹. Para la población general, se advirtió un descenso de la letalidad de la enfermedad, probablemente relacionada con la mejora de la nutrición y de la actitud hacia la salud infantil, pero las mejoras médicas no tuvieron efecto hasta los años 40⁹⁰⁰.

Las epidemias ocurridas en la ciudad repercutían en la institución aunque provocaban una mayor mortalidad que en el exterior. Se documentan defunciones de sarampión en sólo 22 de los 45 años de nuestro periodo pero las epidemias graves se produjeron en 1911, 1915, y sobre todo, en 1917. Es lógico que no se dieran casos dentro de la institución hasta esas fechas dado que las enfermedades transmitidas por el

⁸⁹⁸ KIPPLE, K. F., (ed.): *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003, pág.211.

⁸⁹⁹ PASCUA, M.: *La mortalidad infantil en España*, Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, Madrid, 1934.

⁹⁰⁰ SANZ GIMENO: *La transición de la mortalidad infantil y juvenil en el Madrid rural, siglos XIX y XX*, págs.92-96.

aire requieren de cierto volumen de individuos y sólo en la segunda década del siglo empezaron a quedar suficientes expósitos mayores de un año dentro de la institución para que eso fuera posible.

La epidemia de 1917 fue la más grave, contabilizando 49 defunciones según nuestros datos y suscitó una serie de comunicaciones científicas de los médicos al cargo. Se contagiaron el 80% de los niños susceptibles de hacerlo, todos mayores de 8 meses y algunos incluso mayores de 5 años. La mortalidad se concentró en los menores de 3 años, llegando a alcanzar el 41,9%, en contraste con cifras de 4-5% para la población general⁹⁰¹.

La mayor parte de los casos sufrieron la forma hipertóxica. Ésta se manifestaba en los niños con un cuadro grave de fiebre elevada delirio y disnea y en aquellos que carecían de defensas (niños atróficos, raquíticos o tuberculosos). El tratamiento que recibían consistía básicamente en un ambiente higiénico (cambio de ropa, ventilación y establecimiento de una atmósfera húmeda y templada) así como la pincelación de la piel con esencia de eucalipto. No existía una manera real de detener el avance de la enfermedad, por lo que los médicos reclamaban la necesidad de asegurar el aislamiento de los enfermos (a través de un pabellón de infecciosos) para poder controlar las epidemias⁹⁰².

A partir de este momento epidémico no se volvieron a dar brotes con esa misma letalidad y los ocurridos en los años siguientes provocaron un máximo de diez muertes al año. Este cambio debió producirse por dos factores. Por un lado, se produjo la mejora de la capacidad de aislamiento posibilitada por el traslado a las nuevas instalaciones y, posteriormente, por la construcción del nuevo edificio. Por otro, disminuyó la posibilidad del contagio y de la letalidad, gracias a la práctica de la inmunización que Muñoyerro describía en pleno funcionamiento en 1927. En ese año se describía una mortalidad del 8% para la última epidemia⁹⁰³.

Pese a la importancia del sarampión en la mortalidad en la niñez, parte de su letalidad se explicaba no sólo por la enfermedad en sí sino por los procesos de comorbilidad con otras enfermedades respiratorias, que eran las responsables finales de la muerte. Las complicaciones más graves eran fundamentalmente las neumonías y bronco-neumonías. En la epidemia de 1917, de los 66 casos con complicaciones, 42 pertenecían a esa categoría.⁹⁰⁴ De hecho, esta relación a menudo supone importantes problemas a la hora de entender la evolución de las enfermedades.

En segundo lugar, la neumonía se produce por la entrada de un patógeno en el pulmón que produce la inflamación y oclusión de las vías respiratorias. Aunque se puede dar en individuos sanos, generalmente se produce por el colapso de los mecanismos de defensa, mecánicos e inmunitarios (por una debilidad nutricional o

⁹⁰¹ BRAVO FRÍAS, J. y MUÑOYERRO, A., “Estudio de una epidemia de sarampión en la Inclusa de Madrid”, *La Medicina Ibera. Revista semanal de Medicina y Cirugía*, 31 de enero de 1918, pág.141.

⁹⁰² Ibid.pág.143.

⁹⁰³ La inmunización se hacía a través de la inyección de suero de convalecientes del sarampión en los niños en riesgo de ser contagiados, que era proporcionada por el dr. Manuel Tapia del Hospital del Rey. Muñoyerro, A. (1927), “Los métodos modernos de inmunización. El sarampión”, *El Sol*, 18/8/1927, pág.8.

⁹⁰⁴ BRAVO FRÍAS y MUÑOYERRO, “Estudio de una epidemia de sarampión en la Inclusa de Madrid”, pág.142.

infecciosa previa) aunque también se puede producir una neumonía bacteriana como resultado de la extensión septicémica por el cuerpo de una infección de otra parte del cuerpo. Su letalidad es bastante elevada en individuos sin tratamiento alcanzando al menos el 30% en poblaciones sanas⁹⁰⁵.

En la Inclusa, el año 1910, de 1914 a 1920 y de 1926 a 1930 fueron los periodos con una gran elevación de las defunciones a causa de neumonías y particularmente bronconeumonías (neumonías con inflamación en los bronquios). El crecimiento del riesgo de contraer esta enfermedad se incrementó a partir de la década de los 10, dado el mantenimiento de un mayor número de niños dentro de la institución y se incrementó en las generaciones de abandonados alrededor de 1918, probablemente como complicaciones de la gripe.

En 1917 las bronconeumonías y las afecciones bronco-pulmonares ocupaban el quinto lugar en la clasificación de las causas de la mortalidad en la Inclusa para los doctores Bravo Frías y Muñoyerro pero hubieran ocupado el segundo lugar de no haber considerado las sepsis neumónicas dentro en la categoría de las sepsis, ya que consideraban que la sepsis era la causa principal⁹⁰⁶. En los años siguientes, particularmente en 1918, aumentó su incidencia, no sólo entre los niños más pequeños, que eran a los que fundamentalmente se referían los médicos, debido a la epidemia de gripe. Como ocurría en la población en general, el diagnóstico gripe no era muy común, ya que generalmente se diagnosticaba la enfermedad consecutiva de la que morían. De hecho, en los 45 años de estudio no aparecen más que unas decenas de casos con ese diagnóstico, por lo que la evolución específica de la enfermedad es difícil de estudiar⁹⁰⁷.

El patrón de mortalidad no era único e invariable para todos los niños abandonados en la Inclusa y dependía notablemente de la edad, el tiempo de exposición al ambiente de la institución y/o el traslado al campo al lactar, así como del momento específico del abandono, ya que hubo momentos especialmente peligrosos para la salud infantil por la incapacidad de aislamiento y la ineficacia terapéutica médica que producía una enorme mortalidad cuando las epidemias llegaban.

8.4. LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES A LA MUERTE: CONSIDERACIONES SOBRE LOS DIFERENCIALES BIOLÓGICOS Y SOCIALES EN SALUD

Hasta el momento, a través de la introducción del tiempo y las causas de muerte, hemos tratado de rastrear las posibles fuentes de heterogeneidad de la mortalidad responsables de distintas experiencias de mortalidad, a distintas edades y por distintas enfermedades. Para completar este análisis, a continuación, sólo resta describir cómo las

⁹⁰⁵ KIPPLE, (ed.): *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*, págs.255-258.

⁹⁰⁶ BRAVO FRÍAS, J.: *La transformación de las Inclusas*, 1923, págs.27-28. En nuestro análisis, sólo se ha encontrado el diagnóstico de sepsis y no sepsis neumónicas.

⁹⁰⁷ Sobre la identificación de la gripe o neumonía como causa de muerte. Porras Gallo sugería que la enfermedad no era muy conocida en ese momento por lo que no se diagnosticaba gripe (PORRAS GALLO: *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*) sino neumonía pero, reciente trabajo sobre esa epidemia en Madrid sugiere que sí se conocía pero se identificaba correctamente la causa como neumonía, que era la patología que finalmente producía la muerte GARCÍA FERRERO, S. (Tesis en progreso).

diferencias individuales entre los distintos niños podían, adicionalmente, contribuir a esta heterogeneidad.

Parte de estas diferencias, en la medida en la que tenían que ver con sus condiciones sociales, han tendido a ser denominadas “diferenciales sociales” para entroncar con la literatura que explica las experiencias de salud y enfermedad con la clase social⁹⁰⁸. No obstante, tanto diferenciales biológicos⁹⁰⁹ como familiares así como medioambientales⁹¹⁰ se han descrito entre los factores relacionados con la mortalidad infantil. En el caso de la Inclusa, sólo podemos describir diferenciales relacionados con el contexto social o de abandono de una manera muy general, así como algunos biológicos y otros maternos (aunque, en cierta medida, estos también podrían tener una raíz biológica) para explicar las distintas experiencias de mortalidad de los expósitos.

Hemos explorado esos tres grupos de características en la medida en la que afectaban a los resultados de salud de la población expósita. Para ello, hemos utilizado una vez más las medidas demográficas para obtener una mejor comparación. Hemos mantenido la preocupación por la diferenciación de los riesgos a lo largo de la vida ya que una característica podía ser muy importante en el primer año de vida pero, al superarse éste, podía perder toda influencia futura. Adicionalmente, hemos tratado de mantener la visión cronológica para estudiar la persistencia o cambio de los efectos descritos.

Como en el caso anterior, nos hemos limitado a medidas demográficas (omitiedo otra vez la experiencia de la mortalidad a lo largo de la vida de los expósitos) por los mismos problemas que en el epígrafe anterior. En este caso, no obstante, el análisis exclusivo en función de estas diferencias en determinadas características (sin la introducción de causas de muerte o medio ambiente específico) ha

⁹⁰⁸ Se trata de una de las preocupaciones más actuales tanto de la demografía como de la demografía histórica, discutiéndose particularmente su evolución en el tiempo, debate convergencia vs. divergencia: ANTONOVSKY, A.: “Social class, Life Expectancy and Overall Mortality” en *Millbank Fund Quarterly* n° 45 (1), 1967; y LINK, B. G. y PHELAN, J.: “Social Conditions as Fundamental Causes of Disease” en *Journal of Health and Social Behaviour* n° 35, 1995. Una revisión reciente se puede encontrar en PALLONI, A. et al.: “Triggering inequality and health gradients: do health selection effect matters?” en SURKYN, J., VAN BAVEL, J. y DEBOOSERE, P. (Ed.), *Demographic challenges for the 21st century: A state of the art in demography. Liber Amicorum for Ron Lesthaeghe*, Vrije, Brussels, 2008 y la actualidad de la preocupación por el gradiente socioeconómico en salud se ve claramente en la demografía y epidemiología contemporánea se puede ver en estudios como MACKENBACH, J. P. et al.: “Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European countries” en *New England Journal of Medicine* n° 358 (23), 2008.

⁹⁰⁹ El sexo, el embarazo múltiple y las condiciones genéticas pueden encontrarse en este grupo, que ha sido estudiado fundamentalmente desde la medicina. Algunas obras en este sentido pueden ser: GUO, G. y GRUMMER-STRAWN, L. M.: “Child Mortality Among Twins in Less Developed Countries” en *Population Studies* n° 47 (3), 1993; y MOONEY, G.: “Shifting Sex Differentials in Mortality During Urban Epidemiological Transition: The Case of Victorian London” en *International Journal of Population Geography* n° 8, 2002.

⁹¹⁰ Entre los medioambientales, además de los trabajos contemporáneos que estudian distintos tipos de efectos en los barrios y hogares, para periodos históricos se puede hablar del ambiente patológico, que entronca con el debate sobre la salubridad de campo y ciudad. ORIS y ALTER: “Paths to the city and roads to death. Mortality and migration in East Belgium during the industrial revolution”; y WOODS, R.: “Mortality, poverty and the environment” en WOODS, R. y WOODWARD, J. (Ed.), *Urban Disease and Mortality in the Nineteenth-Century England*, Batsford Academic and Educational Ltd, London, 1984.

hecho que las estimaciones sean simples, para aprovechar al máximo una interpretación directa.

8.4.1. DIFERENCIAS “BIOLÓGICAS”: SEXO

Entre todos los aspectos genéticos y biológicos que afectan la mortalidad en la infancia, uno de los aspectos más importantes que pueden ser estudiados para la población expósita es el sexo. El exceso de mortalidad masculina en casi todos los grupos de edad es un hecho ampliamente contrastado tanto en periodos históricos como en la actualidad. En el intervalo vital específico que estudiamos, el periodo infantil, la desventaja masculina es un hecho irrefutable⁹¹¹. De hecho, el desequilibrio de la razón de sexos al nacimiento precisamente antecede y resuelve parcialmente este fenómeno dado el predominio de nacimientos de varones, que se compensa a lo largo de la vida⁹¹².

La mayor vulnerabilidad de los varones frente a la mortalidad está relacionada con dos orígenes. Por un lado, la desventaja masculina se inicia en el útero, ya que los varones se ven perjudicados con mayor intensidad por problemas ocurridos durante la gestación, que se manifiestan en su mayor probabilidad de nacer prematuramente o sufrir enfermedades respiratorias en el periodo perinatal. Por otro lado, los varones tienen una respuesta inmunitaria menos vigorosa que la de las mujeres, por lo que ofrecen una menor resistencia a las infecciones⁹¹³.

El nivel de desventaja masculina suele relacionarse con el nivel de mortalidad ya que durante el periodo de la transición demográfica, con la disminución de los niveles de la mortalidad, se incrementó la desventaja masculina en ese periodo. Esta desventaja no empezó a aminorarse hasta la década de 1970, una vez alcanzados niveles muy bajos de mortalidad y toda una serie de medidas que afectaron de forma particular a los varones, mejorando su salud en mucha mayor medida que la de las mujeres⁹¹⁴.

En el Madrid rural la sobremortalidad masculina se documentó durante todo el periodo de estudio, particularmente en el periodo infantil, incrementándose notablemente a partir de los años 40 (hasta un 40% mayor), con la disminución más fuerte de la mortalidad. La mortalidad juvenil, no obstante, mostró diferencias mucho menores, en el mismo sentido que la infantil hasta los años 30, y en el sentido contrario (sobremortalidad femenina) a partir de entonces⁹¹⁵.

⁹¹¹ PRESTON, S.: *Mortality Patterns in National Populations: With Special Reference to Recorded Causes of Death* Academic, New York, 1976.

⁹¹² LALOU, R.: “Endogenous mortality in New France: at the crossroads of natural and social selection” en BIDEAU, A., DESJARDINS, B. y PÉREZ BRIGNOLI, H. (Ed.), *Infant and Child Mortality in the Past*, Clarendon Press, Oxford, 1997, pág.207; y RAMIRO FARIÑAS y PÉREZ MOREDA: “Diferencias de la mortalidad por sexo en España durante el siglo XX”.

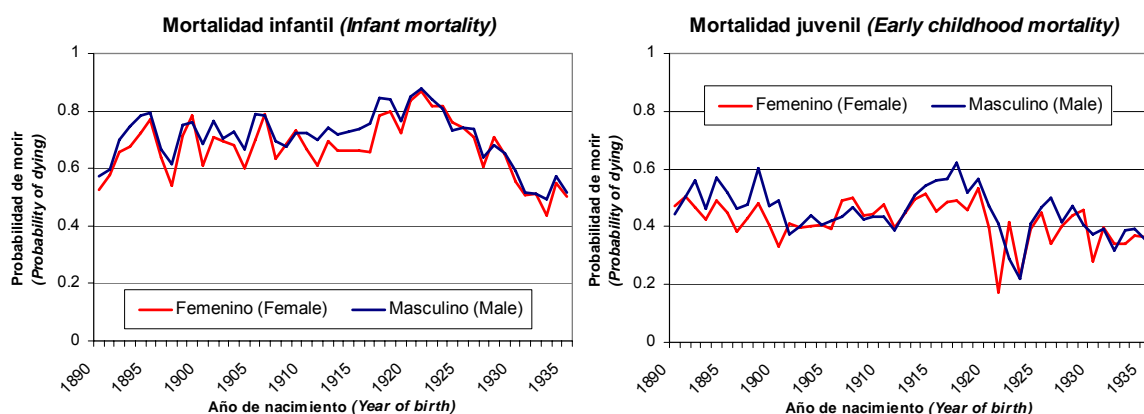
⁹¹³ DREVENSTEDT, G. L. et al.: “The rise and fall of excess male infant mortality” en *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* n° 105 (13), 2008, págs.5016.

⁹¹⁴ Ibid., págs.5019-20; RAMIRO FARIÑAS y PÉREZ MOREDA: “Diferencias de la mortalidad por sexo en España durante el siglo XX”,

⁹¹⁵ SANZ GIMENO: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, págs.74-75.

Gráfico 8.24. Probabilidad de morir según sexo en la etapa infantil y juvenil.

[Graph 8.24. Probability of dying according to sex for the infant and early childhood periods].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

En la Inclusa, no obstante, las diferencias no parecen tan claras. En el gráfico 8.24 se muestra la probabilidad de morir en el periodo infantil y juvenil dónde se puede ver que existió una tendencia a la sobre mortalidad masculina pero no fue constante. Se documentó el exceso de defunciones infantiles masculinas sólo hasta 1921, momento a partir del cual parece haber desaparecido. En el periodo juvenil, no obstante, sólo se observa claramente en la primera década de estudio 1890-1900 y alrededor de la elevación de la mortalidad, 1921-1922.

Vemos como una vez más, la experiencia de mortalidad de la Inclusa no acaba de replicar la de la población general. Distintas razones pueden argumentarse para explicar esta situación: la especificidad de la población expósita en su vulnerabilidad; el mayor impacto de la mejora de la mortalidad en el colectivo más frágil (que explicaría la igualdad de cifras en el descenso); así como la posibilidad de las diferencias que observamos sean en realidad variaciones puntuales fruto de la muestra y que no representen una variación real. Por otro lado, es importante recordar que la población expósita no era un colectivo homogéneo y que la asociación entre el sexo y otras variables podría estar detrás de algunas de las oscilaciones que se observan.

8.4.2. DIFERENCIAS CONTEXTUALES O SOCIALES

Entre los factores que pueden arrojar importantes diferencias a la hora de determinar la mortalidad expósita desde el punto de vista agregado y que tienen un origen contextual o social, los dos más importantes son la estacionalidad y el origen específico (el medio por el que hicieron su entrada en la institución).

La estacionalidad es uno de los factores más importantes a la hora de estudiar la mortalidad infantil y juvenil pero, evidentemente no tiene un origen tanto social como contextual. Las diferencias encontradas en estacionalidad se relacionan con las condiciones atmosféricas que pueden afectar a la salud del niño (temperatura y lluvias) así como con la disponibilidad y calidad de alimentos en cada estación.

En general, para la mortalidad infantil europea, tradicionalmente se ha documentado la existencia de un patrón de mortalidad excesiva en el invierno, causado

por la falta de protección adecuada de los niños frente al frío (cuidados, ropas, frío en los hogares), etc. excepto para los lugares muy fríos, en los que no se documenta, como Suecia o Rusia⁹¹⁶.

La mortalidad en el periodo juvenil, para los países del norte de Europa, también se concentra en ese periodo aunque las razones varían ligeramente: el invierno, y también la primavera, son las estaciones en las que existe una menor disponibilidad de alimentos. Ya se ha consumido la cosecha anterior pero aún no está disponible la siguiente, afectando tanto a los niños destetado como a los lactantes, a través de la nutrición (o deficiente nutrición) de sus madres. Sin embargo, para los países del área mediterránea, la mortalidad desde el segundo semestre de vida y durante el periodo juvenil se concentra en el verano a causa de las enfermedades gastro-intestinales y diarreas que afectan a los niños desde que se inicia la alimentación complementaria⁹¹⁷.

Mientras la mortalidad infantil muestra similitudes con la europea, la mortalidad juvenil en la España interior sigue precisamente ese patrón mediterráneo. Varios autores han constatado la existencia de esa elevación máxima durante los meses de verano, fundamentalmente producida por las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos, desde la mortalidad infantil a la juvenil. La calidad del agua así como la conservación y tratamiento de la leche eran los problemas principales. Adicionalmente, se documenta una pequeña segunda elevación en los meses invernales pero, en ningún caso, llega a adquirir las proporciones que en la Europa del norte⁹¹⁸.

Dado que los datos con las medidas demográficas de que disponemos refieren la mortalidad a la estación de nacimiento y no de la ocurrencia de la defunción, es importante precisar cómo las estaciones afectaban de manera diferencial a los niños. Durante el primer año de vida, el momento máximo de mortalidad era el verano pero correspondía a aquellos niños nacidos en invierno mientras que los nacidos en el verano eran los niños más protegidos dado que experimentaban todo el periodo de máxima mortalidad protegidos por la lactancia materna, salvando el peligro del destete en el periodo de máxima importancia de las enfermedades transmitidas por agua y alimentos⁹¹⁹.

En el gráfico 8.25 se ofrece la evolución de la probabilidad de morir según la estación de nacimiento a lo largo del tiempo. A diferencia del patrón general, vemos que la mortalidad máxima acaecía a aquellos niños nacidos en el verano en la mayor parte de los casos. Esto se debe a que el verano era precisamente el periodo en el que se recibían un menor número de nodrizas para lactancia externa por lo que se aumentaba el número de niños que debían ser lactados artificialmente y el tiempo de espera de cualquier niño antes de ser enviado al exterior. Ambos procesos elevaban radicalmente las probabilidades de morir.

⁹¹⁶ ORIS y ALTER: "Paths to the city and roads to death. Mortality and migration in East Belgium during the industrial revolution", pág.482.

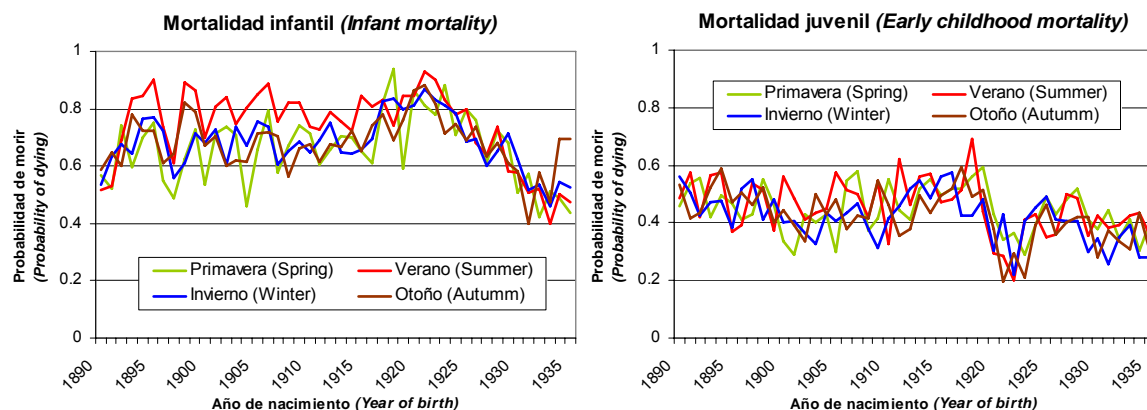
⁹¹⁷ ORIS, DEROSAS, y BRESCHI: "Infant and Child Mortality", págs.392-393.

⁹¹⁸ RAMIRO FARIÑAS: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*; y RAMIRO FARIÑAS, D. y SANZ GIMENO, A.: "Structural Changes in Childhood Mortality in Spain, 1860-1990" en *International Journal of Population Geography* nº 6, 2000.

⁹¹⁹ En este sentido, es de destacar el trabajo de REHER, D.-S. y SANZ GIMENO, A.: "Marked from the outset: season of birth and health during early life in Spain during the demographic transition" en *Continuity and Change* nº 21 (1), 2006.

Gráfico 8.25. Probabilidad de morir según estación de nacimiento en la etapa infantil y juvenil.

[Graph 8.25. Probability of dying according to season of birth for infant and childhood periods].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

En algunos casos, la mortalidad infantil de la Inclusa fue tan elevada que parecen no existir diferencias (1910-1916) aunque el descenso de la mortalidad permitió la inversión de la tendencia., mostrando el verano incluso entre las que ofrecían una mejor mortalidad. El efecto de la estacionalidad iba más allá del primer año de vida, teniendo importantes consecuencias también durante el periodo de mortalidad juvenil. El análisis de las diferencias de mortalidad de aquellos nacidos durante el verano nos recuerda una vez más el proceso de *scarring*, por el cual, aquellos niños que nacieron y experimentaron las peores condiciones vitales (durante el verano) seguían teniendo una mayor mortalidad en el periodo juvenil, ya que su salud había quedado comprometida durante el periodo inicial.

El otro factor importante del abandono que puede tener un impacto sobre la mortalidad general ha sido considerado como de naturaleza social ya que el origen específico por el que un niño era admitido en la Inclusa indicaba preliminarmente el tipo de circunstancias que lo habían llevado a ella y el tratamiento inicial desde su nacimiento. Las distintas posibles formas de ser abandonado en la Inclusa fueron evolucionando a lo largo del tiempo: el torno desapareció, se contrajo la cantidad de niños llegados desde áreas rurales y el número de niños de la Maternidad se mantuvo estable e incluso se incrementó. Por tanto, es particularmente importante conservar la perspectiva cronológica en mente para entender los cambios de mortalidad en unos y otros orígenes.

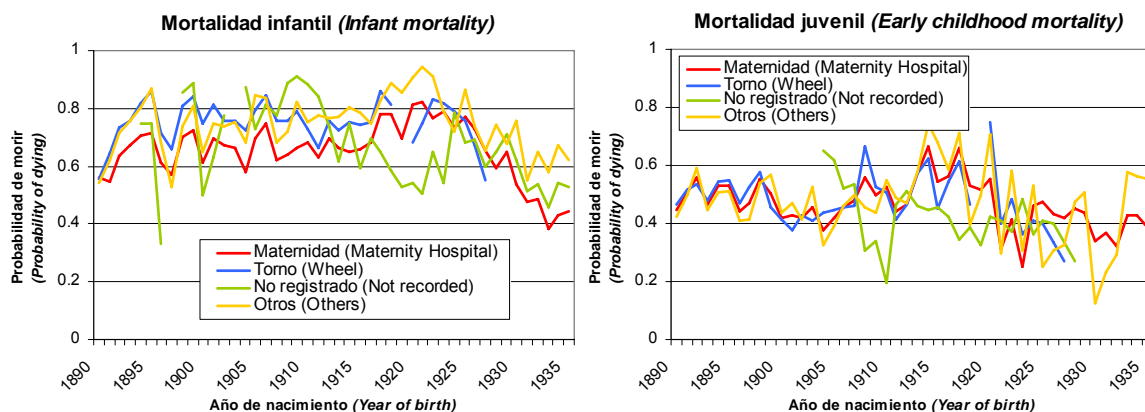
Otros estudios sobre inclusas nacionales han encontrado que la mortalidad de los niños abandonados a través de la Casa de Maternidad era menor que la del resto, fenómeno que también se encuentra en nuestro contexto. Se podría hipotetizar que dado que algunas de las mujeres a la Maternidad acudían a ella con partos de riesgo o con alta probabilidad de ser problemáticos, esta situación podía afectar negativamente a la supervivencia de sus hijos mientras que aquellos depositados en el torno ya habían sido seleccionados por su supervivencia. No obstante, el alumbramiento en la institución, con el dispositivo médico y asistencial a su disposición, ayudaba a garantizar una mejor supervivencia de los expósitos nacidos en la Maternidad.

En el gráfico 8.26 vemos cómo, para el periodo infantil, a excepción de algunos casos puntuales, la Maternidad garantizaba mayores probabilidades de supervivencia a

los niños nacidos en ella. El torno y aquellos procedentes de Otros orígenes implicaban mayor mortalidad. Fue sustituido a partir de la superioridad cuantitativa de las admisiones sin origen registrado. En el periodo juvenil apenas hay diferencias, más allá de una ligera tendencia de Otros de ofrecer los peores resultados en casi todos los momentos.

Gráfico 8.26. Probabilidad de morir según origen en la etapa infantil y juvenil.

[Graph 8.26. Probability of dying according to origin for infant and childhood periods].



Nota: los saltos en la serie se explican por la desaparición coyuntural de orígenes, trasposos y reapariciones a lo largo del periodo. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: gaps in the series are explained by temporary disappearances, transfers and reappearance of origins along time. Source: ARCM. Own elaboration].

8.4.3. Los diferenciales familiares

Además de estos diferenciales de mortalidad, las probabilidades de morir de los expósitos estaban relacionados con una serie de características propias del contexto en el que habían nacido (y se habían criado), algunas de las cuales estaban relacionadas con sus madres y familias. Éstas últimas han sido estudiadas por la demografía para la infancia en general ya que la combinación de los factores familiares genéticos, medioambientales de la crianza y también de los demográficos ayudan a explicar la mortalidad infantil. Entre ellas, se pueden contar las siguientes: estado civil, edad al matrimonio, edad a la maternidad, origen, paridad del parto, duración del intervalo entre partos antes de cada parto, número de hijos, número de abortos y/o defunciones infantiles, profesión de la madre, del padre, número de hijos supervivientes, estatus socioeconómico, etc⁹²⁰.

Para el caso concreto de la población institucionalizada no se ha podido probar la influencia de muchas de estas características en la aparición de diferencias en salud dada la ausencia de información al respecto. El único que ha sido ampliamente analizado en muchos contextos, por la centralidad de su importancia en el discurso del abandono, ha sido la filiación. En nuestro contexto, afortunadamente, la riqueza del registro, permite que se pueda profundizar en algunos aspectos más dado que se dispone

⁹²⁰ ALTER, G., ORIS, M., y BROSTRÖM, G.: "The Family and Mortality: A Case Study from Rural Belgium" en *Annales de Démographie Historique* nº 1, 2001; CAMPBELL, C. y LEE, J. Z.: "Long-term mortality consequences of childhood family context in Liaoning, China, 1749-1909" en *Social Science & Medicine* nº 68 (9), 2009; y SMITH et al.: "Effects of childhood and middle-adulthood family conditions on later-life mortality: Evidence from the Utah Population Database, 1850-2002".

de la edad y la naturaleza de la madre en un importante número de casos, suficiente como para permitir su análisis.

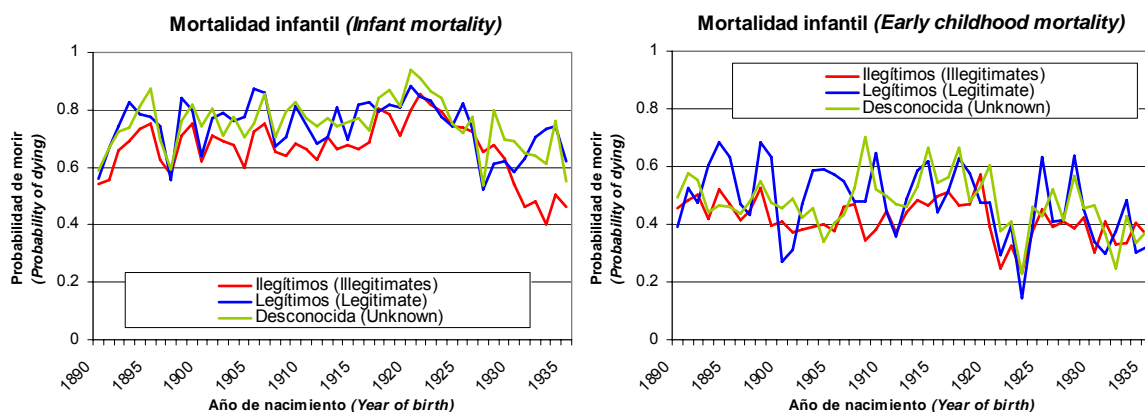
De hecho, la disponibilidad de esta información ha hecho que nuestra investigación se pueda preguntar por cuestiones que no han sido abordados por ningún otro estudio hasta el momento, de modo que el capítulo siguiente estará dedicado exclusivamente a estos factores y su influencia en la mortalidad expósita. En él, cambiaremos la óptica del análisis, pasando a estudiar el papel que esas características jugaban en la experiencia individual de la mortalidad, teniendo en cuenta otras características.

Para cerrar la panorámica de factores que explicaban la heterogeneidad de la experiencia expósita de mortalidad, es preciso dedicar unos párrafos a revisar el efecto general que estas características tenían en la mortalidad expósita, dejando para más adelante el análisis detallado. Hemos descrito brevemente el impacto que legitimidad, edad de la madre, origen de la madre y edad de la madre tenían en la población expósita.

La legitimidad ha sido estudiada en todos los contextos donde se ha encontrado información disponible constatando una generalizada tendencia a la sobremortalidad de los niños ilegítimos que ha sido denominada la *illegitimate children mortality penalty*. Este descubrimiento no es extraño dado que la mayor parte de los niños eran ilegítimos y eran niños no deseados por sus madres. El contexto de la Inclusa ofrece una imagen que rompe con esa explicación general, al encontrar diferenciales en cuanto a la filiación pero en el sentido contrario al esperado. Como podemos ver en el gráfico 8.27, las diferencias, cuando existían favorecían a los niños de origen ilegítimo en lugar de favorecer a los legítimos, como sería esperable. Esto ocurre tanto en la mortalidad infantil como en la juvenil por lo que parece una circunstancia que tenía efectos a largo plazo en las vidas de los expósitos.

Gráfico 8.27. Probabilidad de morir según legitimidad en la etapa infantil y juvenil

[Graph 8.27. Probability of dying according to legitimacy for infant and childhood period].



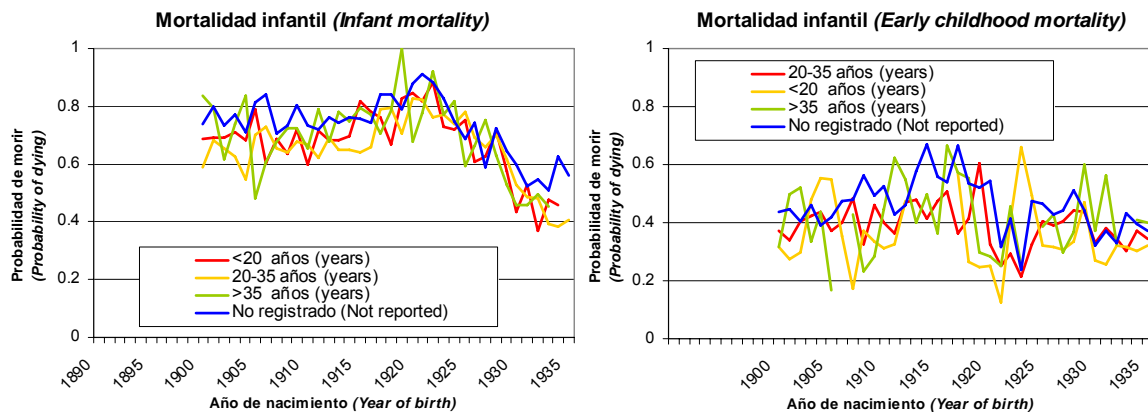
Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Un factor inexplorado en cuanto a su efecto sobre la mortalidad expósita pero que nuestra investigación puede aportar es el análisis de la edad de la madre. Aunque profundizaremos sobre su efecto en el capítulo siguiente, es importante comentar aquí que se documenta una asociación entre la salud y mortalidad de los niños y la edad de las madres. Se trata de una relación con forma de U en la que las madres muy jóvenes y

las de mayor edad se caracterizan por una mayor mortalidad de sus hijos, comparadas con aquellas con edades entre los 20 y 29, cuyos hijos experimentan la menor mortalidad.

Gráfico 8.28. Probabilidad de morir según edad de la madre en la etapa infantil y juvenil.

[Graph 8.28. Probability of dying according to legitimacy for infant and childhood period].



Nota: no se presentan estimaciones para el periodo anterior a 1900 ya que el reducido número de mujeres sobre las que se conoce esta información hace las estimaciones muy volátiles Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: estimations before 1900 are not shown as the small number of women reporting that type of information makes the probabilities unreliable. Source: ARCM. Own elaboration].

La imagen de la Inclusa, en este caso, no conforma con lo esperado. En el gráfico 8.28 el único aspecto claro es la mayor mortalidad observada en aquellos niños cuya madre no reportó la edad. En este caso, es muy posible que esta aparente falta de efectos pueda quedar explicada por la introducción de otras variables en el análisis.

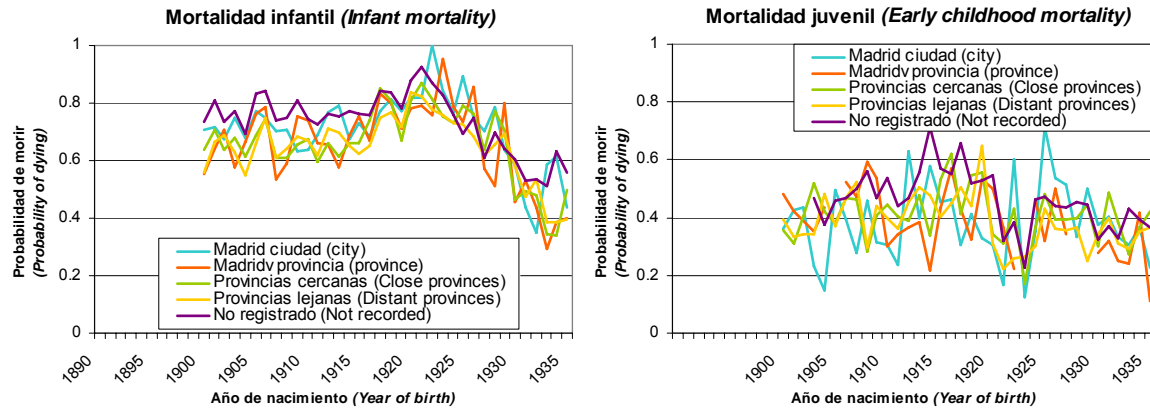
Finalmente, el origen de la madre permite profundizar en uno de los aspectos más interesantes de las características de las madres que recurrían a la Inclusa: el estatus migratorio y la particularidad de la experiencia demográfica del colectivo migrante. En varias ocasiones, hemos mencionado las diferentes teorías sobre el efecto de la migración en los comportamientos demográficos. Por un lado, sería razonable encontrar una mejor salud en los hijos de mujeres inmigrantes que se habían criado en ambientes más sanos que el de la ciudad y, por tanto, su salud había contribuido a una mejor salud de su descendencia. Por otro lado, también sería esperable que, dadas sus condiciones de inserción en la ciudad, en los barrios más insalubres y en las peores condiciones económicas, tuvieran hijos más vulnerables. Finalmente, el comportamiento de las mujeres también podría ser diferente en función de su origen migratorio y su proyecto.

En la Inclusa, el gráfico 8.29 muestra un patrón poco claro, a excepción del caso de las madres que no reportaban su procedencia, que parece implicar también cierta sobremortalidad. Por tanto, también se requiere un análisis en profundidad, en periodos, que permita una comprensión de esta aparentemente errática distribución. Dada la relación de la falta de información en estas dos características, podría hipotetizarse que la relación está ciertamente mediada por la procedencia de los niños. Como ya hemos comentado en el capítulo 5, existe un nivel de registro de información parental muy distinto en función del origen: los niños nacidos en Maternidad presentan mucha información sobre sus familias mientras que la presencia de esta es una excepción para los niños procedentes del torno. Por tanto, en el capítulo siguiente, es importante tener

en cuenta esta posibilidad para tratar de aclarar si no existe ningún efecto de estas variables o su falta de aparición aquí está relacionada con este origen.

Gráfico 8.29. Probabilidad de morir según origen de la madre en la etapa infantil y juvenil

[Graph 8.29. Probability of dying according to legitimacy for infant and childhood periods].



Nota: no se presentan estimaciones para el periodo anterior a 1900 ya que el reducido número de mujeres sobre las que se conoce esta información hace las estimaciones muy volátiles. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: estimations before 1900 are not shown as the small number of women reporting that type of information makes the probabilities unreliable. Source: ARCM. Own elaboration].

RESUMEN CAPÍTULO 8

El objetivo de este capítulo es iniciar el análisis de la mortalidad en la Inclusa desde el punto de vista agregado para realizar comparaciones con otras instituciones, con la población general; descubrir los patrones por edad y causa; así como explorar los diferenciales sociales y biológicos en su distribución

En la sección 8.1 se ha realizado la comparación de la mortalidad de la Inclusa de Madrid con otras tanto en el contexto nacional como internacional en una cronología similar utilizando medidas porcentuales. Aparentemente, pese a que la mortalidad de la Inclusa era muy elevada en ese momento, no se trataba de un caso único, ya que otras instituciones nacionales también experimentaban elevadas tasas de mortalidad expósita (gráfico 8.1 y 8.2 y tabla 8.1). En el resto del capítulo se han utilizado las medidas de mortalidad longitudinal que permiten la comparación con la población general.

En la sección 8.2 se han realizado varios análisis agregados con estas medidas. En primer lugar, se ha establecido la comparación entre las cifras porcentuales y la probabilidad de defunción. La medida tradicional producía una subestimación de hasta un 60% de la mortalidad real (gráfico 8.2). En segundo lugar, se han calculado las probabilidades de morir para los intervalos típicamente usados por la demografía (mortalidad infantil, de 0 a 1 año, y juvenil, de 1 a 5 años). Estas comparaciones muestran que la mortalidad expósita era de el doble y el triple de la población general. Se muestra la sobremortalidad juvenil típica de las poblaciones mediterráneas al documentar la casi igualdad de los dos indicadores (gráficos 8.4 y 8.5).

En tercer lugar, se ha analizado el riesgo de morir a lo largo del primer año de vida y de los cuatro siguientes como un proceso continuo. Hemos descubierto la existencia de un “efecto institucional” que interfiere con el patrón generalizado de descenso de la mortalidad desde el momento del parto. Este “efecto institucional” significaba que el tratamiento inmediato al abandono, es decir la cantidad y calidad de la lactancia recibida por los expósitos, determinaba una elevación del riesgo de morir de los expósitos durante la semana siguiente al abandono. La lactancia artificial, y la insuficiencia de la alimentación para los que compartían nodriza, tenían un efecto determinante en sus probabilidades de supervivencia, elevando dramáticamente el riesgo de morir tras la admisión. Este efecto se ha documentado para todas las edades pero era particularmente intenso para aquellos niños abandonados en el momento o muy poco después del nacimiento ya que estaban en una situación de mayor fragilidad. Para éstos, además, existía un efecto de esta insuficiente o deficiente alimentación dilatado en el tiempo: el grave daño a la salud producido por este régimen se manifestaba en una elevación de la mortalidad entre el segundo y tercer mes. Aunque inicialmente, sólo habían sobrevivido los más fuertes, ya habían recibido un daño a la salud (*scarring*) que incrementaba sus probabilidades de muerte (gráficos 8.6-8.9). Este efecto se documenta tanto en aquellos enviados a lactar como en aquellos conservados en la institución pese a que el efecto en estos últimos sea mucho más elevado (gráfico 8.10).

En la sección 8.3 se han analizado las causas de muerte en la Inclusa a través del cálculo de probabilidades de morir para distintos grupos de causas para tres intervalos: se ha sub-dividido dividido el periodo infantil en neonatal (primeras cuatro semanas de vida) y post-neonatal (resto del primer año) para capturar mejor los posibles cambios a

lo largo del primer año de vida. Las expresiones diagnósticas que se registraban en los libros de la Inclusa responden a una serie de condicionantes temporales, geográficos e ideológicos que dificultan la comprensión de patrones de mortalidad. Por tanto, se han codificado siguiendo la clasificación de Bernabeu Ramiro et al (ver tabla 8.2) por criterios etiológicos y se ha estudiado la ideología de los distintos médicos al cargo de la institución para entender la evolución de los diagnósticos.

Tras aplicar la clasificación sobre las causas de defunción de los niños dentro de la institución, hemos observado oscilaciones en los grupos de causas de muerte que responden a la consideración médica de las causas últimas de la mortalidad expósita y su responsabilidad sobre ellas (gráfico 8.13). El dr. González Álvarez consideraba que la alimentación era la responsable de gran parte de las defunciones infantiles (el Departamento del Biberón, sobre todo), de modo que la causa predominante eran las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos. La llegada de Hernández Briz (1912-1915) implicó el cambio del patrón hacia el predominio de la “debilidad congénita” sin un cambio real en la mortalidad del biberón. Así, es probable que se tratara de un mecanismo auto justificativo: si los niños eran admitidos con problemas congénitos, que los hacía incapaces de responder adecuadamente a la alimentación, la condición inicial era la responsable de la muerte y no la alimentación (liberando de responsabilidad al propio Hernández Briz). Sin embargo, la llegada de Bravo y Alonso (1915-1919) con su aceptación de la responsabilidad de la institución sobre la mortalidad expósita llevó a la toxicosis (relacionada con la alimetanción pero no infecciosa) y a la sepsis a ser las causas principales. Entre 1919 y 1924 (periodo de ausencia de estos médicos) hubo una reversión parcial al sistema de Hernández Briz aunque con menor predominio de la debilidad congénita y un resurgimiento de las infecciosas transmitidas por agua y los alimentos. Finalmente, tras 1925 se instauró un sistema diagnóstico entre el del periodo de Bravo y Alonso y el inmediatamente posterior: menos debilidad congénita pero cierta presencia de las infecciosas.

En este proceso de variaciones diagnósticas, la característica fundamental fue el cambio de la rúbrica específica bajo la que se consideraba los problemas relacionados con la alimentación (si lo hacían). Así, para obtener una serie una serie más coherente, hemos unido las rúbricas relacionadas con la alimentación con las enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos. De su análisis, se puede observar que el peso de este grupo hizo que las infecciosas más alimentación fueran las causas más importantes de mortalidad entre la población expósita, incluso en el periodo neonatal, donde el peso de las no infecciosas suele ser mucho más elevado por los problemas genéticos y perinatales (8.14-8.17 y 8.21).

En el caso de las defunciones ocurridas a los expósitos lactando en pueblos, no obstante, no se documentaban estos cambios de diagnóstico. Su experiencia de mortalidad era bastante similar a la de los niños residentes en esas zonas rurales, con un mayor predominio de la mortalidad infecciosa (también relacionada con las causas infecciosas transmitidas por agua y alimentos) (gráficos 8.18, 8.19, 8.22 y 8.23).

En la sección 8.4, se ha vuelto a considerar la mortalidad en los intervalos infantil y juvenil para estudiar las diferencias en función de factores biológicos y sociales desde el punto de vista agregado: los niños tenían mayores probabilidades de morir que las niñas, así como los nacidos en el verano, los abandonados a través de Otros Orígenes (gráficos 8.24-8.26). Entre las características de las madres, las cifras

anuales parecen sugerir la falta de diferencias sistemáticas entre las categorías de legítimos e ilegítimos, así como en cuanto a la edad y el origen de la madre (gráficos 8.27-8.29). Estos análisis agregados no controlan por la posible interferencia de otros efectos por lo que hemos relegado su discusión precisa al capítulo siguiente.

En resumen, este capítulo ha mostrado la complejidad de factores implicados en la mortalidad expósita que pueden verse a través de distintos puntos de vista, mejorando nuestro conocimiento a través de preguntas de talladas sobre la manera específica en la que las defunciones expósitas ocurrieron.

SUMMARY CHAPTER 8

The aim of this chapter has been to start the analysis of the FHM's mortality from the aggregated level to perform a comparison with other institutions and with the population at large; to discover the age and cause-specific mortality patterns; and to distinguish social and biological patterns in its distribution.

Section 8.1 has compared mortality in the FHM with other national and international institutions in the same chronology and similar characteristics. We have used percentages to allow for an adequate comparison. Apparently, the FHM's extreme mortality was not a unique, as there were other cases/institutions in the Spanish context with similar high mortality rates (graphs 8.1 and table 8.1). In the rest of the chapter, we have used longitudinal measures that allow proper comparisons with the population at large.

In section 8.2 we have performed several analyses from this perspective. Firstly, we have established a comparison between percentages and death probabilities. Traditional estimations underestimate true mortality up to a 60% in some years (graph 8.2). Secondly, we have computed probabilities of dying for typically used intervals in demography (infant, 0 to 1 year, and early childhood mortality, 1 to 5 years). This has shown that the excess of foundling mortality when compared with regular children mortality was double and triple, respectively. Additionally, the typical Mediterranean pattern of early childhood over-mortality is found, as both indicators had roughly the same figures until the 1920s (graphs 8.4 and 8.5). Thirdly, we have analyzed the risk of dying during the first year of life, and the four subsequent years as a continuous process. We have discovered an "institutional effect" that interferes with the infant trend of decreasing mortality after birth. This "institutional effect" meant that the treatment received by foundlings after admission, especially the quantity and quality of feeding received, determined the immediate increase of the probability of dying during the week after abandonment. Artificial breastfeeding and insufficient feeding for those sharing a wet nurse were determinant in survival probabilities, their risk of dying shortly after admission rising dramatically. This effect has been documented for all ages, but was particularly intense for those children abandoned at, or shortly after birth, the most fragile moment. For these children, there was an additional delayed effect of an early under- or malnutrition which produced a later rise in mortality between the second and third months. Although initially the stronger children survived, the damage they had received to their health (scarring) increased mortality probabilities later (graphs 8.6-8.9). This effect has been documented both for children placed in the countryside and for those remaining in the institution (graph 8.10).

In section 8.3 we have analyzed causes of death in the FHM by computing the death probabilities for different causes of death for three intervals: neonatal (first 4 weeks of life) and post-neonatal (from 28th day to 365th), to better capture changes across the first year of life, and early childhood. Diagnostic expressions found in the FHM books are the result of different time, geographic and ideological criteria that hinder our understanding of cause of death mortality patterns. Thus, we have coded them following the Bernabeu et al. classifications (table 8.2), that is, by etiological criteria and, subsequently, we have studied medical ideology expressed by the different doctors to understand the evolution of the diagnostic criteria inside the institution.

After applying the classification over deaths occurring inside the institution, we have seen variations in the groups of causes of death among deaths occurring in the FHM premises. These respond to medical ideas on the ultimate causes of foundling mortality and their responsibility over them (graph 8.13). Dr. González Álvarez considered that feeding was responsible for most of infant deaths (the Bottle-feeding Department, particularly) and the predominant cause of death in his period were infectious diseases transmitted by water and food. However, he found no way to avoid contamination. Dr. Hernández Briz's (1912-1915), in his term, and although no changes in the mortality of the artificial feeding department had taken place, favoured the predominance of congenital weakness as the most important cause of mortality. Probably, a self-justifying mechanism was at play: if children were admitted with congenital diseases that initial condition made any institutional measure ineffective, releasing the doctor from any responsibility over their deaths. However, when Bravo and Alonso (1915-1919) arrived, an undeniable sense of responsibility over foundlings' lives led them to mark toxicosis (related to feeding and not infectious), and sepsis as the main causes of death. Between 1919 and 1924, when they were absent, there was a partial return to Hernández Briz's classification (albeit with less congenital weakness and a resurgence of infectious causes transmitted by food and water). After 1925, a new system, halfway between the two previous periods can be deduced: smaller predominance of congenital weakness and presence of infectious diseases.

In this process of diagnostic variations, the main characteristic was the change of specific rubric where feeding problems were mentioned (if they were). To obtain a more coherent time series, we have pooled together all rubrics related to feeding and to infectious diseases transmitted by water and food. From its analysis, we can tell that the infectious+feeding group was the most important for foundlings, even in the neonatal period, where infectious disease is not as high due to the predominance of genetic and perinatal causes (8.14-8.17 and 8.21).

In the case of deaths occurred to foundlings placed in the countryside, logically we do not find these striking diagnostic changes. Their mortality experience was very similar to that of children living in rural areas, with a slight predominance of infectious mortality (also mainly caused by infectious diseases transmitted by water and food) (graphs 8.18, 8.19, 8.22 and 8.23).

Finally, in section 8.4, we have considered mortality in the infant and early childhood intervals again to see the differences related to social and biological factors from an aggregated perspective. Descriptive analysis suggests that males had higher probabilities of dying, and also those born in summer and abandoned through Other Origins (graphs 8.24-8.26). Among maternal characteristics, annual figures suggest lack of systematic differences among legitimate and illegitimate children, as well as for age and origin (graphs 8.27 to 8.29). However, these aggregated analyses do not offer enough accuracy or control for the inference of other factors. We have left a more detailed discussion of this topic for the following chapter.

In summary, this chapter has shown the complexity of factors implied in foundling mortality from different approaches, improving our knowledge by asking very detailed questions on how deaths of foundlings occurred.

CAPÍTULO 9. LOS DETERMINANTES MATERNOS DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA

La historiografía tradicional ha hablado de causas generales pero no se han sistematizado ni desde el punto de vista histórico ni demográfico. Por tanto, para iniciar nuestro acercamiento particular al análisis de la mortalidad a nivel individual, en primer lugar hemos elaborado una propuesta exploratoria de marco teórico de la mortalidad expósita. Hemos rastreado sus posibles determinantes, derivados de los conocimientos adquiridos sobre la mortalidad infantil en el pasado y en el presente que aportan la demografía y la epidemiología, sumados a las conclusiones sobre las causas de mortalidad de los expósitos que han encontrado los estudios previos. Es decir, una integración de evidencias cuantitativas y cualitativas en un marco único.

Pese a esta exploración del universo de posibilidades inicial, nuestro objetivo no ha sido comprobar su aplicabilidad ya que ese tipo de investigación se aleja de las preocupaciones y herramientas de que disponemos. Nuestro interés se ha concentrado en el estudio de una de las posibles influencias sobre la mortalidad expósita: el efecto de las características o circunstancias maternas. Esta decisión se ha tomado por tres razones. En primer lugar, estudiar todos y cada uno de los posibles determinantes (incluso sólo aquellos para los que disponemos de datos) supera con creces los objetivos de ésta tesis. Sobre algunos de ellos, ya se ha escrito con anterioridad. Así, hemos considerado más adecuado concentrar la atención en un reducido número de factores que puedan aportar información novedosa. Y, en segundo lugar, apenas hay estudios (fundamentalmente por falta de datos) que hayan abordado el efecto determinante de las características relacionadas con la madre, la familia y el hogar en la mortalidad expósita, pese a su reconocida importancia en la mortalidad infantil general. Para abordar este análisis, hemos utilizado técnicas de análisis longitudinal, a semejanza de lo realizado en el capítulo 7, siguiendo los trabajos de Kertzer y White⁹²¹.

Concentrarnos exclusivamente en estas características maternas permite, además, cumplir tres objetivos generales que amplían la relevancia del esfuerzo: extraer la explicación del restringido espacio de los estudios de expósitos y abordar la explicación de la dinámica de la institución desde las hipótesis y marcos interpretativos de la demografía y la epidemiología, que permiten entenderla de una manera más completa; ofrecer una comprobación empírica de las extensiones de las regularidades encontradas por la demografía, ofreciendo una medida de la universalidad de éstas en circunstancias extremas; y responder a la pregunta de si las instituciones tenían una capacidad modificadora de las asociaciones entre eventos y comportamientos demográficos generalmente encontradas, es decir si los diferenciales sociales quedaban anulados por la intensidad de la mortalidad institucional.

Este análisis se ha abordado en dos fases: una primera que ha utilizado las características observables de las madres y una segunda que, construyendo sobre la

⁹²¹ Ya nos hemos referido con anterioridad a los trabajos pioneros de David Kertzer y Michael White, entre ellos: KERTZER, SIGLE, y WHITE: "Childhood mortality and Quality of Care among Abandoned Children in Nineteenth-Century Italy". En el plano nacional, también nos hemos referido ya a la sección de expósitos de la tesis doctoral de PUJADES MORA: *La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)*.

primera, ha tratado de profundizar en características familiares no observables pero que pueden enriquecer notablemente la explicación.

En numerosas ocasiones los contemporáneos hablaban de los padres alcohólicos, sifilíticos, de la debilidad congénita, etc., como las causas de la mortalidad expósita pero en ningún caso se ha tratado de medir las características demográficas de esas madres y su efecto. Es probable que, como en el caso de la población general, la salud de los expósitos estuviera determinada por el ambiente y circunstancias maternas pero no se ha estudiado en gran medida cómo esas circunstancias interactuaban con la institucionización. Por tanto, hemos tratado averiguar si la mortalidad de la Inclusa era tan elevada que nivelaba las probabilidades de supervivencia de todos los niños admitidos o, por el contrario, las características de partida de los niños (relacionados con la madre/familia de procedencia) jugaban todavía algún papel en la mortalidad de los niños institucionalizados

Más allá del impacto individual de las características de las madres, existía una variabilidad en las experiencias de mortalidad relacionada con los factores familiares que no pueden ser capturados por variables (factores biológicos, genéticos, sociales, medioambientales, etc.) por lo que hemos estudiado este aspecto a través de la experiencia de los grupos de hermanos abandonados en la Inclusa.

9.1. EL MARCO INTERPRETATIVO DEL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA. UNA APROXIMACIÓN

El estudio de los determinantes específicos de la mortalidad infantil y juvenil y su importancia relativa en el descenso de la mortalidad ha sido uno de los temas más prolíficos de la demografía histórica desde los años 80. Gran parte de la historiografía se ha centrado en la exploración de factores específicos en la mortalidad infantil, los determinantes, o en algunos mecanismos causales que explican la mortalidad por distintas causas de muerte⁹²². Sólo en algunos casos se han realizado propuestas teóricas, tratando de sintetizar el corpus empírico descubierto y, cuando se han realizado, han procedido de la demografía contemporánea y de la epidemiología, campos centrados más en la prevención y lucha directa contra la mortalidad en poblaciones actuales que como explicación de las pautas de mortalidad del pasado. En demografía histórica no hay, por tanto, una tradición demasiado amplia en este sentido y, en la actualidad, no existe un marco interpretativo común utilizado por la historiografía para explicar la mortalidad infantil en el pasado⁹²³.

⁹²² Algunos de los trabajos colectivos más importantes del campo y que han recogido este tipo de aportaciones son: BIDEAU, A., DESJARDINS, B., y PÉREZ BRIGNOLI, H., (eds.): *Infant and Child Mortality in the Past*, Clarendon Press, Oxford, 1997; y BRESCHI, M. y POZZI, L., (eds.): *The determinants of infant and child mortality in past European populations*, Forum, Editrice Universitaria, Udine, 2004.

⁹²³ Algunos autores han reivindicado la necesidad de reconstruir nuevos marcos de estudio, tanto para la mortalidad neonatal o fetal. WOODS, R.: "Key issues in fetal and neonatal mortality", comunicación presentada en el *International Workshop of Fetal and Neonatal Mortality*, Madrid, 10-11 Junio, 2008. No obstante, entre los marcos más utilizado en la demografía histórica, debemos mencionar: MOSLEY, W. H. y CHEN, L. C.: "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries" en *Population and Development Review* n° 10 (Supplement), 1984; VAN NORREN, B. y VAN VIANEN, H.: *The Malnutrition-Infections Syndrome and Its Demographic Outcome in Developing*

Si son escasas las explicaciones de conjunto con cierto seguimiento en el estudio de los determinantes de la mortalidad infantil, en el estudio de la sub-población de expósitos son inexistentes. La literatura sistemáticamente menciona toda una serie de causas a lo largo de las vidas de los expósitos: las difíciles circunstancias de la madre y el parto (junto con los intentos de aborto), el traslado a la institución, el hacinamiento dentro de la misma y la escasez y deficiente calidad de las nodrizas como los factores más importantes de la mortalidad expósita. Pero, hasta el momento, ningún autor se ha detenido a reflexionar sobre ellos de manera sistemática y comprensiva para generar un esquema interpretativo, siguiendo el ejemplo de los desarrollados para analizar la mortalidad infantil⁹²⁴.

Una de las razones que limita los esfuerzos de elaboración de este tipo de modelos explicativos es la imposibilidad de comprobar su viabilidad empíricamente dada la abismal distancia existente entre teoría y evidencia empírica. Se dispone de las relaciones teóricas de causas y efectos identificables a partir de evidencias aisladas pero la realidad de los datos con los que se trabaja nunca permite la operacionalización correcta de los distintos factores y, por tanto, su comprobación empírica. De manera análoga a nuestro planteamiento en el capítulo 7 al respecto de los determinantes del retorno, consideramos que la imposibilidad de la segunda fase no debe impedir que, al menos en un primer paso, se considere el universo real de la experiencia de la mortalidad expósita. De hecho, una de las utilidades de este tipo de esfuerzos es la posibilidad de reflexionar sobre el universo del fenómeno estudiado (en nuestro caso, las posibles fuentes de mortalidad en la población expósita) en vez de concentrarse en el universo del fenómeno tal y como figura en los datos observados (es decir, a la luz de las variables que podemos obtener). Los marcos teóricos como el propuesto pueden ser herramientas de investigación para enunciar hipótesis, mecanismos causales y relaciones entre distintos factores que desbordan precisamente los límites de los instrumentos de medida de que disponemos y cuyo beneficio es su capacidad de orientar la investigación, calibrar correctamente nuestra capacidad analítica y respaldar la credibilidad de los resultados obtenidos.

9.1.1. EXTENDIENDO EL ESQUEMA DE LALOU A LA MORTALIDAD EXPÓSITA

Dado que existen algunas elaboraciones teóricas que abordan la mortalidad infantil, hemos decidido tomar como punto de partida un marco ya existente y con cierta aceptación. A partir de él, hemos considerado las circunstancias adicionales y los factores determinantes de la mortalidad que implicaba el abandono infantil en función de las evidencias empíricas sugeridas por la historiografía sobre expósitos, además de nuestra propia exploración preliminar (contenida en el capítulo anterior). De este modo, la aproximación que ofrecemos tiene en cuenta una parte necesariamente común a la mortalidad infantil de niños no institucionalizados junto con una parte específica de los determinantes propios experimentados tras la admisión en la Inclusa.

El punto de partida ha sido el esquema propuesto por Lalou en 1997. Aunque su marco sólo pretendía cubrir las causas de la mortalidad endógena durante el primer año

Countries, Programming Committee for Demographic Research, La Haya, 1986; y LALOU: "Endogenous mortality in New France: at the crossroads of natural and social selection".

⁹²⁴ La única excepción es el trabajo de Pujades Mora al que nos referiremos más adelante.

de vida (es decir, “las muertes de niños menores de un año debidas a malformaciones congénitas, desórdenes genéticos y posibles traumas derivados del parto”)⁹²⁵, su estructura ofrece una serie de ventajas. Se trata de un marco relativamente simple pero muy informativo y, en su esfuerzo por destacar los factores exógenos (socioeconómicos, demográficos o patogénicos) en la ocurrencia de esa mortalidad endógena, precisamente ya introduce los factores más importantes responsables de la mortalidad exógena. El hecho de que deliberadamente hayamos querido partir de un número reducido y sintético de factores deriva del propósito de nuestra propuesta: servir como punto de reflexión para valorar la experiencia expósita de la mortalidad.

Aunque el interés particular de nuestra propuesta no se centra en la división de causas endógenas-exógenas, se ha mantenido esa división en la conceptualización ya que históricamente ha estado presente en la discusión sobre las causas de la mortalidad expósita. Como ya hemos visto, una de las razones básicas ofrecidas para refutar las acusaciones de ineficiencia de las inclusas en el cumplimiento de su función, mantener vivos a los niños abandonados, era la situación en la que llegaban la mayor parte de los niños, “hijos del vicio y de la inmoralidad”, responsables de la mortalidad endógena⁹²⁶. No sólo hemos incluido los mecanismos de influencia de los factores biológico-genéticos y de tipo exógeno en la mortalidad endógena descritos por Lalou sino que también hemos añadido el efecto de estos últimos en la mortalidad exógena.

El marco descrito por Lalou consideraba todos estos factores en cuanto a su efecto sobre la salud del niño durante el primer año de vida residiendo en su familia por lo que, para incluir la experiencia del expósito en su totalidad, es imprescindible una modificación sustancial: incluir todo el nuevo grupo de determinantes que aparecían tras su admisión. Por ello, se han simplificado y sistematizado los condicionantes de la mortalidad expósita, reutilizando los conceptos usados por Lalou para otros dos ámbitos distintos en los que podían desenvolverse los niños: el contexto físico y asistencial de la Inclusa, por un lado, y el contexto físico y asistencial de la nodriza, que lactaba al niño en el campo.

Las probabilidades de supervivencia o mortalidad de un expósito estaban en función, por tanto, de determinantes procedentes de tres posibles ámbitos distintos por los que podía pasar un niño abandonado. Los niños se veían afectados por ellos de muy distintas maneras ya que no todos los niños pasaban necesariamente por los tres contextos y, la duración de las estancias en cada uno de ellos (y el periodo específico de vida transcurrido) era variable. Existían grandes diferencias, por ejemplo, entre los niños cuyas madres pasaron el último mes de embarazo en la institución y dieron a luz en ella, abandonado a sus hijos inmediatamente y aquellos niños cuyos padres los abandonaron al año de edad. Para los primeros, habría una mayor contribución de los determinantes relacionados con la institución que para los segundos, ya que para estos últimos los factores institucionales entraban en juego cuando la salud del niño ya se había visto afectada durante el primer año de vida por los factores ligados al hogar y las circunstancias de la madre. El ser enviado al campo con una nodriza, análogamente, no

⁹²⁵ LALOU: “Endogenous mortality in New France: at the crossroads of natural and social selection”.

⁹²⁶ A la falsedad de esta explicación se referían los doctores Bravo y Alonso cuando denunciaron la elevada mortalidad de la Inclusa en 1917, aludiendo a las relativas buenas condiciones en las que entraban la mayor parte de los niños y el rápido empeoramiento tras pasar a la tutela de la Inclusa. BRAVO FRÍAS y ALONSO MUÑOYERRO: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, pág.9.

implicaba los mismos riesgos para un niño de dos meses que para uno de un año: uno de ellos requería lactancia completa durante varios meses mientras que el otro inmediatamente pasaba a estar expuesto a los peligros de la alimentación complementaria e incluso un destete temprano.

Como ya hemos descrito en el capítulo anterior, la existencia de diferentes riesgos a lo largo de las vidas infantiles se ha descrito ampliamente para la mortalidad infantil. No obstante, la perspectiva del curso de la vida adquiere una importancia especial en la Inclusa, ya que parte de la variación de riesgos está adicionalmente determinada con su paso por distintos contextos y el tiempo pasado en cada uno de ellos.

Pese a que esta aproximación está implícita en nuestra manera de considerar el estudio de la mortalidad y hemos profundizado en ella en los siguientes epígrafes (en la operacionalización concreta de los análisis), no tiene una posición específica en el esquema general ya que supera los objetivos de esta pequeña introducción. Es decir, pese a las posibles interacciones entre unos y otros ambientes y las distintas edades, no nos hemos detenido a describir de manera detallada las distintas posibilidades. Por simplicidad en la explicación y facilidad de comprensión, nos hemos limitado a ofrecer una visión sucinta de las maneras de actuar de los distintos determinantes.

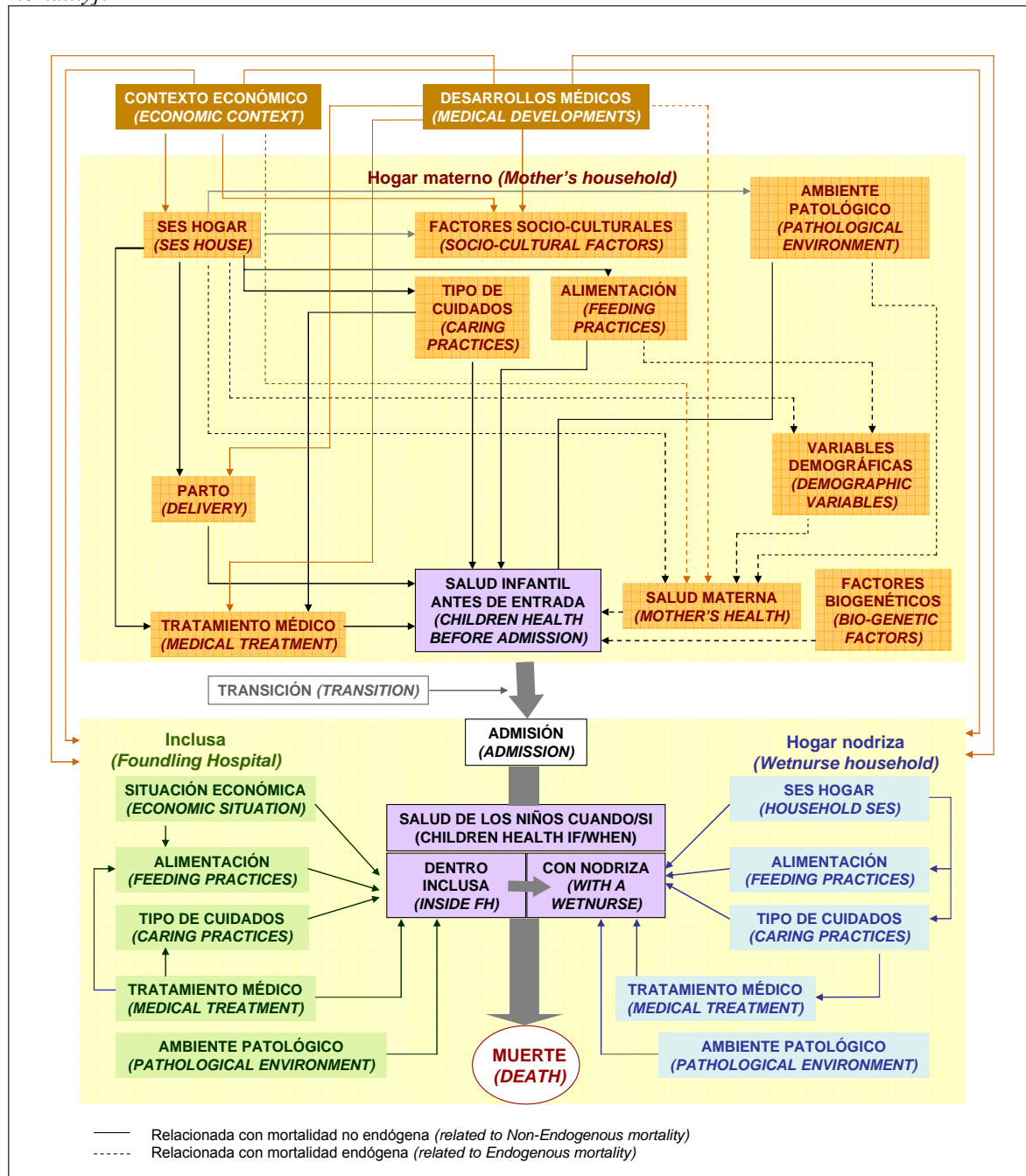
9.1.2. LOS DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA

En el gráfico 9.1 se ha representado el esquema de la mortalidad institucional creado a partir de la ampliación del esquema de Lalou. Toda la aproximación gira en torno a la existencia de tres factores medioambientales clave muy próximos a los enunciados por este autor (circunstancias socioeconómicas del hogar, factores socioculturales y ambiente patológico,) que intervienen directa o indirectamente a través de otros factores intermedios (la atención en el parto, la atención médica y las características demográficas) en la salud/enfermedad de los expósitos en los tres contextos posibles.

La elección del término “circunstancias socioeconómicas del hogar” en lugar de “nivel socioeconómico” utilizado por Lalou responde a nuestra intención de abarcar un concepto mucho más amplio, que no se limita sólo al nivel económico de la familia. A diferencia de otras aproximaciones, nuestra consideración de las circunstancias socioeconómicas parte necesariamente de la consideración de la madre como el individuo de referencia, ya que no podemos asumir como única la estructura familiar de parejas casadas. La posición de la madre en el hogar, así como su estado civil, su situación de cohabitación con el padre del niño, su ocupación y nivel educativo son elementos principales de nuestra definición. El nivel específico de renta y la ocupación del hombre con el que residía la madre, si existía (fuera el padre, pareja o marido) son importantes también pero su efecto está mediado por la situación de la madre, que es el eje de nuestra explicación. Adicionalmente, el estatus migratorio puede informar sobre el estatus de la familia y su inserción en la sociedad de acogida.

Gráfico 9.1. Propuesta de marco interpretativo de los determinantes de la mortalidad expósita.

[Graph 9.1. Proposal for an interpretative framework to address the determinants of foundling mortality].



Fuente: elaboración propia a partir de Lalou 1997, pág.206.

[Source: own elaboration from Lalou 1997, p.206].

Entre los factores socioculturales, Lalou incluía la existencia de una tradición del uso de la lactancia mercenaria. En nuestra aproximación, hemos dividido estos factores en aquellos relacionados con la alimentación de los niños y su crianza. En el primer grupo hemos incluido tanto las prácticas de lactancia mercenaria como las actitudes y costumbres con respecto a la alimentación complementaria, el destete y la alimentación posterior y su calendario. En el segundo, hemos incluido aquellas actitudes y costumbres relacionadas con la crianza propiamente, para dar espacio a la acción, o

inacción, responsable del deterioro de la salud infantil y juvenil que se conoce como *child neglect* además de las actitudes ante la enfermedad infantil⁹²⁷.

El ambiente patológico implica las características específicas del medioambiente de residencia del niño, recogiendo tanto las características del ambiente físico (salubridad, nivel de hacinamiento, etc.) y la carga de enfermedades, epidémicas o endémicas, crónicas o puntuales en circulación experimentadas por los miembros de esa familia así como de su ambiente cercano.

Estos factores básicos estaban presentes en cada uno de los ambientes por los que podía pasar el niño aunque, como han mostrado nuestros gráficos de trayectorias (gráfico 5.1 y 5.3) así como las cadenas causales que llevaban a la lactancia externa (gráfico 6.2 y 6.3), no existe una secuencia lineal única en la vida de los niños. Por un lado, no todos los niños tenían que pasar por todos los ambientes ya que podían no ser nunca enviados a lactar con nodriza y también podían entrar directamente a través de la Maternidad, sin haber pasado tiempo en el hogar materno. El único lugar cuyos determinantes compartían todos los niños eran las instalaciones de la Inclusa. Por otro lado, no haber pasado tiempo en el hogar materno no significaba falta de existencia de factores maternos, ya que a través de la dotación genética y la vida uterina podían recibir influencias maternas: nutrición, ambiente patológico, etc.

Actuando sobre estos tres contextos (hogar materno, instalaciones de la inclusa, hogar de la nodriza) y el efecto en cada uno de ellos de los determinantes principales (circunstancias socioeconómicas del hogar, factores socioculturales y ambiente patológico,) se han considerado dos grupos de factores de tipo estructural: la coyuntura económica y los descubrimientos médicos ya que afectaban simultáneamente a los tres contextos pero no necesariamente de la misma manera.

A continuación, hemos descrito algunos posibles efectos en la salud de los determinantes en cada uno de los tres contextos posibles y, posteriormente, hemos esbozado brevemente la influencia de esos factores macro.

Hogar materno

Este contexto es aquel cuya influencia potencial sobre la vida expósita puede trazarse más fácilmente, debido al voluminoso número de trabajos dedicado al estudio de la mortalidad infantil en el pasado. Dada la falta de causas de muerte específicas en muchos contextos, se distingue la mortalidad infantil según el tipo de causas determinantes (endógenas o exógenas) y esa división ayuda a hablar de los distintos determinantes, por lo que se ha usado para simplificar la explicación.

En cuanto a la mortalidad endógena⁹²⁸, según Lalou el estatus socioeconómico del hogar de la madre podía operar directamente sobre la salud de la madre o a través de las características demográficas. Por un lado, la economía familiar claramente determinaba la calidad de vida de la madre y su nivel de alimentación. La malnutrición de la madre podía, por ejemplo, tener efectos muy perjudiciales en la salud del feto o las

⁹²⁷ REHER, D.-S.: "Wasted Investments: Some Economic Implications of Childhood Mortality Patterns" en *Population Studies* n° 49 (3), 1995.

⁹²⁸ Para esta explicación seguimos el citado trabajo de LALOU: "Endogenous mortality in New France: at the crossroads of natural and social selection", págs.201-215.

malformaciones de pelvis derivadas del raquitismo en la madre podían producir partos difíciles o peligrosos. Por otro lado, el estado civil, la situación específica que ocupaba la madre en el hogar pero también la situación social y económica de la familia influían en las características demográficas (la edad a la que se tenían los hijos, el número de hijos, la ocurrencia de una concepción ilegítima, entre otros aspectos), que a su vez afectaban la salud materna y, por ende, la mortalidad endógena. Un nivel socioeconómico bajo podría estar relacionado con varias condiciones perjudiciales para el feto: la dedicación a la prostitución (permanente o como un recurso ante una situación de vulnerabilidad provocada por la pérdida de trabajo) que podía aumentar la probabilidad de contraer enfermedades venéreas; una dedicación profesional a un trabajo poco cualificado que le requiriera un gran esfuerzo físico podía poner en peligro el embarazo; la imposibilidad de mantener un hijo que la llevaría, por ejemplo, a prácticas abortivas.

Un aspecto particular de esta condición socioeconómica sería la ilegitimidad. Generalmente, ha sido asociada con mayor mortalidad aunque su efecto está más bien mediado por la ocupación y/o situación socioeconómica que permitía menores cuidados durante el embarazo, quizá obligaba al trabajo excesivo, etc. y que podía incluso estar asociado a prácticas abortivas para interrumpirlo⁹²⁹. Otros aspectos relacionados con la posición del parto en la trayectoria reproductiva de la mujer son también importantes: los primogénitos tienen una mortalidad mucho mayor que los partos subsiguientes; los partos múltiples incrementan incluso hoy en día la probabilidad de morir y de tener morbilidades futuras; los intervalos muy cortos entre partos consecutivos no permiten que las mujeres se recuperen plenamente, perjudicando tanto la salud del niño como de la madre; la propia edad de la madre afecta la salud del niño ya que tanto madres muy jóvenes (adolescentes) como muy maduras presentan más riesgos de mortalidad y morbilidad futura para sus descendientes.

La condición de inmigrante, o nativo, que se adscribiría también a este grupo de factores también podía ser relevante en determinar la salud materna. Como ya se ha mencionado con anterioridad, diversas teorías implican una mejor o peor salud de la población inmigrante en función de su experiencia previa y, probablemente, interactuaría con su inserción contextual específica en la ciudad, lo que determinarían efectos en la salud de sus hijos.

Los factores socioculturales relacionados con la mortalidad endógena estaban influidos a su vez por el estatus socioeconómico de la familia para Lalou y fundamentalmente se relacionaban con las prácticas de alimentación de los recién nacidos. El mecanismo sería la relación entre el uso de la lactancia mercenaria (no tanto en el niño en cuestión, como en partos anteriores) y las pautas demográficas, es decir, la ya mencionada reducción de los intervalos intergenésicos.

Finalmente, la contribución del ambiente patológico a la mortalidad endógena se hacía también a través de la salud materna, por la posibilidad de transmisión de las enfermedades a los niños, como el caso clásico de la sífilis, que, como hemos visto,

⁹²⁹ Entre otros trabajos en este sentido, podemos destacar REID, A.: “The influences on the health and mortality of illegitimate children in Derbyshire, 1917-1922” en LEVENE, A., NUTT, T. y WILLIAMS, S. (Ed.), *Illegitimacy in Britain, 1700-1920*, Anthony Rowe Ltd, Chipenham and Eastbourne, London, 2005. Sobre este particular, una revisión bibliográfica sobre los distintos mecanismos causales de la mortalidad se ha incluido en la discusión contenida en el epígrafe siguiente al respecto.

podía ser más probable en mujeres con un estatus socioeconómico bajo y otra serie de características⁹³⁰.

Si bien el efecto de estos tres grupos de factores en la mortalidad endógena estaba en funcionamiento para todos los niños, en aquellos niños que, además, residían un cierto tiempo en el hogar materno, también podía haber un efecto directo o indirecto en la salud de los niños y la mortalidad exógena. En primer lugar, el estatus socioeconómico claramente determinaba tanto el tipo de atención en el parto de la madre como el subsiguiente tratamiento médico de los niños en el caso de enfermedad. No obstante, no existía una relación lineal entre la inversión económica en el personal de asistencia al parto y una mejor mortalidad.

En general, aquellos partos atendidos por parteras correspondían a las capas más pobres de la sociedad, seguidos por los atendidos por comadronas reguladas. La atención médica se requería, no obstante, tanto en casos de hogares en una situación que permitía contratar ese tipo de servicios, como muestra de estatus pero también en los casos de partos complicados, en los que las comadronas o parteras acababan requiriendo la ayuda médica, muchos de los cuales también acababan en muerte de niño y/o madre⁹³¹.

El parto institucionalizado tampoco tenía una relación unívoca con las circunstancias socioeconómicas dado que razones tanto económicas como sociales podían llevar a este recurso. Por un lado, a finales del siglo XIX, como describíamos capítulos anteriores, sólo situaciones extremas llevaban a las mujeres casadas a los partos institucionales, como la extrema pobreza o las complicaciones del parto. Esto cambió con el paso del tiempo y la paulatina medicalización del parto y el cuidado infantil (sobre todo a partir de los años 20), cuando la profesión médica empezó a fomentar el parto institucional como la opción más segura⁹³². Por otro lado, las mujeres solteras podían provenir de contextos familiares acomodados, y con buena posición socioeconómica, que buscaban en el internamiento la ocultación del parto y la liberación de la carga del hijo ilegítimo (y ofrecer mejores posibilidades para el feto) o del mundo del servicio, con unas duras condiciones de vida y trabajo, (que podrían afectar negativamente al feto).

Los factores socioculturales y ambientales de la residencia materna también tenían sus efectos directos en la mortalidad exógena. En primer lugar, la influencia del tipo de cuidados y alimentación recibida en el hogar materno eran clave en la supervivencia del niño. Inadecuada alimentación y prácticas de *child neglect* eran dos

⁹³⁰ LALOU: "Endogenous mortality in New France: at the crossroads of natural and social selection", pág.211-212.

⁹³¹ REID, A.: "Mrs. Killer and dr. Crook: birth attendants and birth outcomes in early twentieth century Derbyshire", comunicación presentada en el *European Social Science History Conference*, Gante, Bélgica, 10-13 Abril, 2010.

⁹³² Un ejemplo claro de esto es la inauguración de la Casa de Salud de Santa Cristina en 1926, respaldada por la Reina. Mediante el uso de las instalaciones por las mujeres de clase alta, se pretendía dar ejemplo a las clases populares, para popularizar las maternidades para el parto. COLOMER GÓMEZ y ANABITARTE PRIETO: "Maternidad de Santa Cristina. 100 años de la gestación de un sueño, 1903-2003". Esta tendencia se extendió durante el siglo XX por distintos países europeos, cambiando paulatinamente el tipo de usuarias de las maternidades. Entre la bibliografía más relevante, se puede citar NUTTAL: "Because of Poverty brought into Hospital' A Casenote-Based Analysis of the Changing Role of the Edinburgh Royal Maternity Hospital, 1850-1912".

grupos de factores directamente responsables de la mortalidad infantil, según los médicos de la época. El uso de nodrizas, *crèches* o la alimentación por la propia madre determinaba claramente las probabilidades de supervivencia. Los médicos abominaban de la práctica de contratar a nodrizas para lactar a los hijos salvo en casos de extrema necesidad, tanto por el efecto en el niño lactado como por los efectos perniciosos en los hijos de las nodrizas, que se veían privados de ese alimento⁹³³.

En segundo lugar, las prácticas específicas de la madre y la familia en el cuidado de su descendencia (a su vez influidas por factores relacionados con las circunstancias familiares, como la educación de la madre), se han reconocido como elementos clave en la historiografía contemporánea⁹³⁴. El momento preciso de introducción, el tipo y la calidad de la alimentación complementaria, así como las prácticas de previsión o tratamiento de la enfermedad son factores esenciales en la determinación de las probabilidades de supervivencia.

En último lugar, el propio medioambiente patológico tenía un efecto directo sobre el estado de salud-enfermedad de los expósitos antes de su entrada a la institución. Es inevitable pensar en el número de individuos por vivienda, la salubridad de la misma (la experiencia de enfermedad de los miembros de ésta) y su dotación higiénica, que afectarían directamente a los riesgos de la mortalidad exógena. Estos factores interaccionaban claramente con el nivel de protección recibida por el niño a través de la madre.

Estancia en la institución

A partir del paso de los determinantes generales de la mortalidad infantil a los de la población expósita, la consideración de causas endógenas desaparece necesariamente de nuestro punto de vista y nos concentramos en riesgos que acababan en la mortalidad exógena. La admisión en la institución implicaba la transición de un tipo de riesgos relacionados con el ambiente materno a otro tipo de riesgos, relacionados con las condiciones y circunstancias de la institución. A su vez, esa misma transición, según la forma que tuviera, podía implicar una serie de riesgos específicos. En el caso de los niños nacidos en la Maternidad, la transición implicaba un cambio de sala pero para aquellos que debían abandonar los hogares maternos, el traslado los ponía en un riesgo muy distinto.

La supervivencia del niño desde el hogar materno hasta la entrada en la institución fundamentalmente estaba determinada por la distancia hasta la inclusa (el número de días de trayecto hasta la institución), el específico “conductor del niño” y la alimentación que se le podía proveer durante el camino (es decir, si se trataba de una nodriza o no) así como la época del año (las temperaturas extremas, tanto en invierno como en verano, podían suponer nuevos riesgos sobre todo a los recién nacidos). De hecho, los trabajos que se han realizado para los siglos XVII y XVIII enfatizan esta

⁹³³ Ver capítulo 6 sobre la lactancia.

⁹³⁴ Estos factores relacionados con el contexto de la madre y la interacción con las prácticas socioculturales y las individuales son claves en el corpus de literatura que estudia el agrupamiento de la mortalidad infantil en los grupos familiares, de los que hablaremos más adelante. Entre ellos, el nivel educativo de la madre ha sido descrito como uno de los factores más importantes. CALDWELL, J. C.: “Education As a Factor in Mortality Decline. An Examination of Nigerian Data” en *Population Studies* nº 33 (3), 1979.

parte de la vida expósita (ya que en esas época se documenta un mayor número de envíos de expósitos a las inclusas) que diezmaaba notablemente el número de niños que llegaba finalmente a las instituciones⁹³⁵. De hecho, como ya hemos comentado, según las estimaciones que se sigan, la mortalidad de ese tránsito podía suponer del 33 al 90% de todos los expósitos que se intentaron abandonar⁹³⁶.

Una vez en la institución, todos los niños quedaban expuestos a los factores de riesgo aunque, una vez más, no todos los niños los experimentaban con la misma intensidad ya que algunos nunca eran enviados a lactar y los tiempos de estancia en la institución variaban en función de distintos factores para aquellos que sí eran enviados⁹³⁷. En este segundo contexto, las instalaciones de la inclusa, se repiten algunos de los factores explicativos principales anteriores, aparecen algunos nuevos y desaparecen otros.

En primer lugar, el concepto de circunstancias socioeconómicas del hogar necesariamente se transforma exclusivamente en circunstancias económicas de la institución y la parte “social” queda contemplada por el tratamiento médico ya que el cuadro médico de la institución era el responsable de la dirección del cuidado de los expósitos. Un menor presupuesto de la institución debía determinar la reducción de recursos para el cuidado y alimentación de los expósitos, que implicaba la reducción de la contratación de nodrizas, aumentando el número de niños no enviados a lactar y alimentados artificialmente, que, a su vez aumentaba sus probabilidades de morir. Un ejemplo de esta situación son los problemas de impago a las nodrizas, que reducían la confianza en la capacidad de pagar de la institución y, por tanto, en el número de mujeres que se ofrecían como nodrizas. No obstante, en los momentos de recuperación y de subida de salarios producidos por la mejora económica de la institución (por inyección de efectivos) se producía el efecto contrario.

La alimentación y la necesidad de recurrir o no a la lactancia artificial (con el elevado riesgo de morir que esto conllevaba) estaba afectada fundamentalmente por esta circunstancia económica pero, a su vez, era un factor en sí mismo, que experimentaba ciclos estacionales, como hemos visto en el capítulo 6. El cuidado físico, tanto en la faceta de la correcta administración de la alimentación, como del mantenimiento de las medidas higiénicas adecuadas eran vitales en un contexto de elevada fragilidad de los expósitos debido a sus condiciones previas y a las dificultades de su alimentación.

El tratamiento médico aparece en este caso como un determinante específico independiente del económico dado que la salud de los expósitos estaba directamente controlada por los médicos residentes de las instituciones. Su actuación/omisión en la detección y tratamiento de patologías (presentes en su llegada o contraídas en su estancia en la institución) era clave en la supervivencia de los mismos y no estaba mediada por la situación económica de las instituciones. El cuidado y la alimentación estuvo crecientemente bajo su autoridad conforme la medicalización del cuidado de los

⁹³⁵ A finales del siglo XIX la situación había mejorado algo y, en Madrid, sólo una pequeña parte de los niños ingresados procedía de las provincias y esta fuente de mortalidad no parecía de las más importantes según los responsables médicos.

⁹³⁶ Ver sección 5.1.1 y referencias a Pérez Moreda.

⁹³⁷ Aunque era común que los niños, una vez enviados a lactar con una nodriza, fueran devueltos a la institución y enviados a lactar con otra nodriza, en la presente discusión hemos obviado este fenómeno para simplificar la explicación porque estos procesos simplemente implican una multiplicación del tercer tipo de contextos.

niños avanzaba y la pediatría se confirmaba como disciplina. De hecho, el cambio del tratamiento médico, a su vez, estuvo bastante afectado por el contexto médico general (como factor macro). El pensamiento y praxis individual de los distintos facultativos al cargo también estuvo muy relacionado.

Finalmente, el ambiente patológico era un determinante principal. Se puede teorizar que la presencia de enfermedades podía estar relacionada con varios aspectos: las condiciones de salubridad de las instalaciones físicas, la densidad de ocupación y la salubridad de los recién llegados (de especial relevancia con respecto a las enfermedades infecciosas fácilmente transmisibles), además de la carga normal de enfermedades propia de la ciudad en la que estaba instalada la Inclusa. Es importante señalar, que la primera de ellas, las instalaciones y su salubridad tendieron al cambio por el proceso de modernización demográfica y de influencia de las ideas higienistas. Muchas de estas instituciones sufrieron cambios, experimentando mudanzas, construcción de edificios nuevos, mantenimiento de los niños en instalaciones interinas, etc. Prueba del importante papel de estas condiciones es la frecuencia con que se reportaban los efectos, extremados, de las epidemias que ocurrían en los alrededores: varicela, sarampión, difteria, etc.

Hogar de la nodriza

El tercer posible contexto de vida de los expósitos, la residencia rural de la nodriza que se encargaba de lactar y, posteriormente, cuidar del expósito implica una tercera forma de operación de los grupos de determinantes de la mortalidad, compartiendo características tanto con el contexto institucional como con el contexto materno. Implicaba una segunda transición que necesariamente tenía que operarse a través de un traslado físico, en el que la salud del niño estaba expuesta a los mismos riesgos que hemos mencionado con anterioridad. En esta segunda transición, la nodriza viajaba con el niño (pudiendo alimentarlo) lo que probablemente disminuía los riesgos que este traslado suponía para su salud.

Al hablar de un tercer contexto como un espacio único hemos simplificado las situaciones posibles ya que, como ya hemos comentado con anterioridad, un expósito podía experimentar varios cambios de residencia en toda su vida bajo la autoridad de la institución, lo que implicaba viajes de ida y vuelta (otras transiciones) a la institución o de unos pueblos a otros que, dependiendo de la edad del niño, de su salud y de la estación, podían suponer amenazas adicionales a la mortalidad. Por motivos de simplicidad nos hemos referido a la lactancia como un solo contexto.

En este ámbito, las circunstancias socioeconómicas se refieren a la familia de la nodriza que acoge al expósito. Pese a que el hecho de acoger a un expósito implicaba necesariamente que las circunstancias socioeconómicas de una familia eran necesariamente muy bajas, ya que sólo la población en las circunstancias más extremas recurría a este recurso, sus características específicas resultaban posiblemente muy determinantes del tipo de trato. En este caso los elementos principales que destacábamos para el hogar de la madre, estado civil y posición de la madre en el hogar, no son tan importantes ya que uno de los requisitos que debían cumplir las nodrizas era estar casadas. Otros aspectos, como la renta de la familia (posiblemente representada por la ocupación del marido pero también por la de la mujer) y la composición de la familia ganaban más importancia. El nivel específico de pobreza de la familia y el

número de dependientes en los distintos rangos de edades (menores de 5 años, entre 5 y 10 años, mayores de 10 años, por ejemplo) determinarían la inserción del expósito en la familia: si sería tratado de forma próxima a un miembro de la familia o a un sirviente.

Mediados por la situación económica de la familia pero también por las propias normas socioculturales, la alimentación y crianza cobran también aquí una importancia capital en la mortalidad expósita en pueblos: por un lado, las prácticas específicas de alimentación complementaria, destete y alimentación de los niños, por otro lado, el tipo de tratamiento en el hogar de la nodriza (tanto el cuidado como los trabajos que se exigirían de él, una vez alcanzada una edad adecuada). Finalmente, el tratamiento médico recibido por los niños, en este caso, se derivaba precisamente del nivel de cuidado e implicación emocional que ejercían las nodrizas en la supervisión de los niños.

Las experiencias de los expósitos con sus familias adoptivas estaban expuestas al mismo tipo de riesgos que podían haber experimentado en sus familias biológicas moduladas por su inserción en un hogar familiar que los consideraba como fuentes de ingresos, compañía e incluso trabajo, pese a que se desarrollaran lazos emocionales a causa de la convivencia. Las relaciones de las nodrizas con los expósitos parecen haber cubierto todo el espectro de relaciones posibles. Por un lado tenemos el caso de nodrizas que sistemáticamente acogían niños que morían y, que eran, por tanto, descartadas por la Inclusa para futuras entregas; niños abiertamente explotados por sus nodrizas que provocaron denuncias de abuso; pero también historias de niños queridos por sus familias adoptivas; e incluso queridos y tratados como hijos, en la medida en que era posible sobreponerse al origen expósito⁹³⁸.

En último lugar, el ambiente patológico desempeñaría un papel similar al ocupado en el hogar materno aunque podía estar modificado por la adscripción rural de la mayor parte de los destinos a los que eran enviados los expósitos. Según los contemporáneos, una de las ventajas del envío de los niños a lactar al campo era la posibilidad de vivir en el campo, lejos de las nefastas (física y moralmente) condiciones de las ciudades. De hecho, los lugares serranos eran lugares privilegiados por algunos doctores, que parecían ver en ellos la solución a muchas de las patologías infantiles⁹³⁹.

Factores macro

Finalmente, junto con los efectos de los tres grupos de factores en los diferentes contextos, hemos considerado que tanto la coyuntura económica como el desarrollo médico, como procesos que afectaban a la sociedad de forma conjunta, deben estar al margen de los contextos y ejercían su efecto en ellos de forma independiente y, posiblemente, variable entre ellos. Así, la coyuntura económica podía empeorar las circunstancias económicas de los hogares de madres o nodrizas pero no ser tan profunda como para afectar a la de la institución o la variabilidad regional de la crisis podía provocar efectos diferenciales. Además, los ciclos anuales de la actividad económica (sobre todo la relacionada con la agricultura) tenían un efecto directo sobre la demanda de empleo en la Inclusa por parte de nodrizas externas: en verano, había trabajo en la agricultura y la oferta de nodrizas disminuía; en invierno, con la disminución de los recursos y falta de fuentes alternativas de ingresos, aumentaba.

⁹³⁸ Ver capítulo 6, sección 6.3.2.3.

⁹³⁹ “Un libro notable. El clima de Guadalajara”, pág.4.

Asimismo, el desarrollo de la medicina social tuvo consecuencias a largo plazo que afectaron en distintos momentos a los distintos ambientes: operaron a todos los niveles: la actividad médica dentro de la institución; las prácticas socioculturales (con el inicio de la preocupación por la lactancia materna y las campañas para enseñar a las mujeres la ciencia del cuidado de los niños, al tiempo que también mejoraron la atención al parto y el tratamiento de los niños y de la propia salud de las madres); la consideración social, etc.

9.1.3. LA MEDIDA DE LOS DETERMINANTES FAMILIARES DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA

La propuesta que hemos desarrollado en las páginas anteriores ha tratado de establecer cómo los distintos ámbitos de influencia y los distintos factores que afectaban a la mortalidad en la infancia nos ayudan a explicar la mortalidad expósita. La construcción de este tipo de modelos choca necesariamente con la realidad que pretende interpretar ya que es imposible recoger información para todos y cada uno de los distintos factores que la influyen. Ni los datos están disponibles para este tipo de empresa en la investigación histórica, ni éste es el lugar de poner en práctica la metodología que sería preciso utilizar para establecer la dirección e importancia de las relaciones causales. Visibilizando las posibles causas y factores que podían ser responsables de la mortalidad expósita, hemos adquirido una idea más clara de las influencias en su mortalidad.

Algunos autores han considerado que, dado que la mortalidad en las incluidas era tan elevada, el abandono suponía una igualación de riesgos de modo que, al margen de las enfermedades de partida que pudieran tener los niños, no habría diferencias en su mortalidad. Mientras, algunos contemporáneos destacaban las características de la entrada de los niños como responsables de su muerte. En la historiografía contemporánea, algunos autores han encontrado algunas diferencias en la mortalidad y nosotros también lo hemos documentado. Por tanto, creemos firmemente que es preciso prestar atención a las circunstancias que estaban produciendo estas diferencias de mortalidad.

En nuestro caso particular, nos hemos inclinado por individualizar sólo uno de todos esos grupos de factores, las características familiares, porque suponen el punto de partida sobre el que se construía la salud infantil (incrementándose o disminuyéndose los riesgos según el distinto impacto de los factores). Por ello, el resto del capítulo ha tenido por objetivo obtener respuestas concluyentes sobre la existencia de una democratización de la mortalidad o la existencia de factores con efectos a largo plazo y constatar si los fenómenos demográficos relacionados con la influencia familiar en la probabilidad de morir observados para la población se repiten en esta población extrema. Es decir, analizar el impacto de lo que denominamos factores maternos (y, en algún caso, podemos considerarlos familiares) en la mortalidad expósita⁹⁴⁰. En primer

⁹⁴⁰ Este campo de estudio fue inaugurado por las observaciones de Das Gupta para la India (DAS GUPTA, M.: "Death Clustering, Mothers' Education and the Determinants of Child Mortality in Rural Punjab, India" en *Population Studies* n° 44 (3), 1990) y ha sido recientemente retomado en el International Workshop *Death Clustering - New explanations and methodologies in the history of infant and child mortality* organizado por The University of Umeå, 21-22 de noviembre de 2010.

lugar, nos hemos acercado a las características de esas madres y circunstancias familiares que pueden ser medidas en la experiencia de la mortalidad expósita y, en segundo lugar, nos hemos aventurado a analizar aspectos no mensurables. Combinando ambos, hemos podido trazar el panorama de las probabilidades de supervivencia de los niños abandonados una vez que habían entrado en la institución.

9.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES COMO DETERMINANTES DE LA MORTALIDAD EXPÓSITA

La importancia del contexto familiar y, más concretamente, de la contribución de las características y circunstancias maternas a la salud es una afirmación que no necesita justificación. Desde finales del siglo XIX, los médicos ya estaban convencidos de su papel, tanto en la lactancia, alimentación como en el cuidado durante la niñez y esa certidumbre no ha abandonado los estudios sociales en el siglo XXI, independientemente de que se estudie el presente o el pasado. Numerosos estudios muestran la relación de diferentes indicadores de la situación materna con la supervivencia de la descendencia (educación, profesión, estado civil, edad, etc.), con efectos tanto directos como indirectos.

En la población expósita la existencia de tales efectos no ha sido comprobada dada la escasez de información de que se dispone, más allá del establecimiento de diferenciales en función de la legitimidad. Por tanto, no existe apenas literatura previa al respecto y nuestro esfuerzo tiene que beber fundamentalmente de la demografía general como punto de partida y de la información que la historia de la medicina o la historia de los expósitos pueda ofrecer para contextualizar e interpretar los resultados⁹⁴¹.

Antes de iniciar el análisis es importante enunciar las limitaciones teóricas que este tipo de análisis puede tener para, también, acotar el rango de nuestra inferencia. En primer lugar, nuestra operacionalización de las “características o circunstancias maternas” está limitada a la disponibilidad de datos. Esto implica que sólo podemos capturar algunas de las variables descritas en el apartado anterior y no podemos recoger todos los distintos efectos familiares que podían estar en juego. No obstante, creemos que los resultados obtenidos son informativos de un importante número de procesos y diferencias de mortalidad cuya importancia no tendría que verse necesariamente afectada por la inclusión de esos otros factores, si estuvieran disponibles. Nos hemos centrado en legitimidad, edad de la madre, origen de la madre y un indicador general de presencia de información sobre edad u origen de la madre.

En segundo lugar, es necesario reconocer la posibilidad de que exista un desacuerdo entre el significado que le damos a las variables y su significado original. Es decir, nosotros (siguiendo a la historiografía previa) tomamos las diferencias por legitimidad como resultado de una serie de factores y circunstancias vitales entre biológicas y sociales pero, en una sociedad donde no hubiera diferencias entre nacimientos legítimos e ilegítimos, la lectura de un indicador en nuestros términos sería

⁹⁴¹ Distintas versiones de los análisis contenidos en este epígrafe han sido presentados, en forma de comunicaciones parciales, en distintos foros nacionales e internacionales: *Congreso de la Società Italiana di Demografia Storica*, Naples, 5-7 Noviembre, 2009; *Social Science History Association Annual Meeting*, Long Beach (California, Estados Unidos), 11-15 Noviembre, 2009; *IX Congreso de la Asociación de Demografía Histórica* San Miguel, Azores (Portugal), 16-19 junio, 2010.

completamente errónea. Lo mismo ocurre con la información dejada por la madre, que tiene un elevado componente interpretativo ya que, igualmente, se convierten en indicadores que reúnen efectos biológicos y sociales.

En tercer lugar y en cierta manera relacionada con la anterior, es posible que la selección operada por el abandono implique cambios en el significado de las variables. Es decir, encontrar diferencias de mortalidad por edad de la madre, por ejemplo, también puede estar mediado por la selección previa operada en función de la edad. Es decir, que la mayor mortalidad podría estar asociada tanto a una edad dada como al comportamiento de las mujeres de esa edad que las hace recurrir a la Inclusa, de modo que los diferenciales no respondan a los patrones demográficos generales. Una vez tenidas en cuenta estas reflexiones, creemos que es posible extraer conclusiones importantes del análisis de los factores maternos en la mortalidad expósita.

Para clarificar el discurso y especificar claramente la pertinencia y la interpretación que las distintas variables adquieren en el discurso de la demografía y sus implicaciones en la sociedad y, posteriormente, en la Inclusa, hemos seguido una estructura secuencial. Para cada variable, hemos esbozado los efectos que sería esperable encontrar entre las características maternas, incluyendo una estimación inicial que el factor (como único elemento explicativo) tenía en la Inclusa, y en segundo lugar, hemos evaluado exclusivamente si su efecto se mantenía en las mismas condiciones cuando se tienen en cuenta una serie de elementos de control y el resto de los efectos maternos.

9.2.1. LAS VARIABLES DE CONTROL

Dado que la influencia de los factores maternos que hemos estudiado podía estar condicionada por el efecto de otras variables, creando asociaciones espurias, hemos incluido las variables que creemos que podrían interferir en nuestro estudio. Así, hemos considerado en nuestro análisis sólo aquellas cuya importancia en la explicación de la mortalidad ha sido ampliamente testada⁹⁴².

La comprobación del efecto de las variables relacionadas con las madres se ha realizado incluyendo esas variables de interés junto con otros factores de control que nos han permitido respetar las particularidades de nuestro contexto (descritas en los capítulos anteriores) así como los características intrínsecas de la mortalidad general y la mortalidad expósita descubiertas por demografía histórica.

En primer lugar, hemos tratado de tener en cuenta la heterogeneidad de la población expósita y la posibilidad de que existieran distintas experiencias de mortalidad ajustando modelos específicos a colectivos homogéneos de niños. Como hemos demostrado a lo largo del capítulo anterior y en parte de éste, la experiencia de mortalidad de los niños podía ser radicalmente distinta en función de su origen, su edad y el periodo en el que fueron admitidos en la Inclusa. Así, de manera similar al capítulo 7, se han ajustado modelos individuales para el origen de los niños, dividiendo entre

⁹⁴² Podríamos añadir algunas otras variables (precios, o la carga de enfermedad de la Inclusa en cada momento, etc.) pero esas variables no interactúan de manera directamente con las variables maternas por lo que, pese a que pudieran explicar parte de la mortalidad, en este momento no son necesarias para nuestro análisis y su efecto, en cierta medida, queda recogido en las variables cronológicas (de periodo).

Maternidad y Otros Orígenes. Para cada uno de esos orígenes, se han considerado tres intervalos vitales: neonatal, post-neonatal y juvenil. Finalmente, se ha añadido un elemento más: la cronología. Se han dividido los 45 años de estudio en dos partes, antes y después de 1918, para recoger las dos diferentes experiencias de mortalidad (estabilidad e incremento en el primero y radical descenso en el segundo)⁹⁴³ ya que la literatura ha descrito que las diferencias de mortalidad de origen biológico, e incluso social, pueden variar sensiblemente en regímenes extremos de mortalidad⁹⁴⁴. De hecho, es posible que el descenso de la mortalidad produjera una igualación de las probabilidades de supervivencia para todos los grupos, al beneficiar particularmente a los grupos más desaventajados⁹⁴⁵. Por tanto, en presencia de este tipo de cambios, tomar los datos conjuntamente no ofrece resultados representativos de ninguno de los dos periodos, sino una media o la falta de significación producida por la cancelación de efectos opuestos. Se han obtenido 12 grupos de resultados (correspondientes a distintos sub-grupos) que nos permiten comprobar que las tendencias observadas responden a la realidad de cada grupo de niños y que no se realizan medias de trayectorias muy distintas. Los resultados se han agrupado para ofrecer una explicación concisa.

En segundo lugar, se han introducido como variables de control las características del niño en los modelos: sexo y estación de nacimiento, por su demostrado valor predictivo de la mortalidad. Para los modelos ajustados para los periodos post-neonatal y juvenil hemos incluido, adicionalmente, una variable de exposición a la institución en el intervalo anterior para desligar la experiencia de mortalidad de aquellos expósitos que estaban presentes desde el nacimiento de la de aquellos que se incorporaban en distintos momentos vitales.

En tercer lugar, para recoger la influencia que tanto la literatura previa como nuestro propio estudio han descrito para la lactancia en pueblos, hemos incluido también esa variable. A semejanza del capítulo 7⁹⁴⁶, hemos considerado esta variable como “variable que cambia de valor con el tiempo” (*time-varying covariate*), es decir, que su valor cambia (de estar en la Inclusa a ser enviado fuera) durante la vida del niño. En esencia, significa considerar que la vida del expósito podía tener dos tramos, uno dentro de las instalaciones físicas y otro fuera de ellas⁹⁴⁷.

⁹⁴³ El descenso de la mortalidad en las edades infantiles no se produjo hasta las generaciones admitidas en 1921 mientras que el descenso de las juveniles no se produjo hasta aquellos admitidos en 1918 (aunque tuvo lugar simultáneamente) por lo que se ha preferido el segundo punto para capturar también el cambio de experiencia de la mortalidad juvenil. Se ha comprobado que esta decisión no afecta a los análisis de la mortalidad neonatal y post-neonatal re-estimando los modelos también para 1921, que ofrecen los mismos diferenciales ya que la inclusión de esos 3 años en los que la mortalidad infantil estaba creciendo en el segundo periodo no es tan importante como para afectar a la estimación general.

⁹⁴⁴ LEVENE: “The survival prospects of European foundlings in the eighteenth century: the London Foundling Hospital and the Spedale degli Innocenti of Florence”, pág.70.

⁹⁴⁵ Así se ha descrito para la evolución en el tiempo de la sobremortalidad masculina, que se redujo al compás de la reducción de la mortalidad infecciosa, que es la que afecta de forma más pronunciada a los niños desde el útero. DREVENSTEDT et al.: “The rise and fall of excess male infant mortality”, pág.5016.

⁹⁴⁶ En el capítulo 7, sección 7.3.2 y el capítulo 6 hemos explicado las razones de este uso y en el capítulo 6 la cadena causal tratamiento-salud de los expósitos.

⁹⁴⁷ Para incluirla de esta manera, el procedimiento es dividir la experiencia de los niños que eran enviados a lactar en dos registros y asignar a cada uno de ellos un valor distinto. Así, un niño abandonado al nacer, enviado a lactar a los 30 días y muerto a los 60 se convertiría en dos registros: un primer registro que entraría en 0 días y finalizaría en 30 días sin experimentar el evento “muerte” y con un 0 (equivalente a conservado) en la variable de lactancia externa) y un segundo registro iniciado en 30 días y con fin en 60, experimentando el evento “muerte” con un 1 (equivalente a enviado) en la variable lactancia externa.

En general, los efectos de estas variables se ajustan a las diferencias recogidas por la literatura y no existen discrepancias de importancia. Aquí no vamos a detenernos en ellos, dado que el énfasis es en la comprobación de los efectos maternos. Los resultados de los modelos pueden observarse detenidamente en las tablas F.1 y F.2 del Anexo y están en la misma línea que las diferencias en las cifras agregadas mostradas en la sección final del capítulo anterior (8.4).

9.2.2. LEGITIMIDAD

Todavía a principios del siglo XXI en nuestro país (pero se puede decir lo mismo de otros países desarrollados) la probabilidad de tener una peor salud al nacimiento (y también una mayor probabilidad de morir) es mucho peor para aquellos niños nacidos fuera del matrimonio (incluso en aquellos nacidos de parejas cohabitantes)⁹⁴⁸. En tiempos históricos, se ha denominado a este fenómeno la penalización de la mortalidad de los niños ilegítimos (*illegitimate children mortality penalty*). Hoy en día los términos legítimo e ilegítimo no se usan en la historiografía⁹⁴⁹, pero algunas de las implicaciones que esta condición tenía en el pasado no han desaparecido y algunos de los mecanismos explicativos de estas diferencias que se dan hoy en día no son muy distintos de los que se utilizan para hablar de la experiencia histórica. En los capítulos anteriores ya hemos tratado una de las direcciones de la relación entre vulnerabilidad e ilegitimidad, es decir, la mayor probabilidad de experimentar un embarazo extra-matrimonial asociada con mujeres en una posición social y económicamente vulnerable. Y, aquí, vemos claramente la segunda dirección de la relación: el efecto de la ilegitimidad en una mayor vulnerabilidad ante la muerte.

En el pasado, el nacimiento de un niño ilegítimo suponía una violación de las normas sociales y las consecuencias del deshonor afectaban no sólo al niño o a la madre sino a toda la familia⁹⁵⁰. Las consecuencias no se limitaban a la esfera de la consideración social sino que repercutían en la situación económica (tomada de forma general) que era el mecanismo fundamental detrás del incremento de la mortalidad. Como hemos mencionado con anterioridad, durante el embarazo y parto, las prácticas abortivas, los intentos de ocultación y la simple dureza de la vida laboral y las

Aquellos niños que no eran enviados a lactar, no obstante, sólo tendrían un registro. La duplicación de registros podría implicar un problema de falta de independencia de registros, que se subsana mediante la estimación de errores estándar robustos.

⁹⁴⁸ Castro mostraba que en España en 2008 la probabilidad de los mujeres solteras de tener un hijo con bajo peso al nacer (como indicador de mala salud infantil) era un 20% mayor que el de aquellas casadas. CASTRO MARTÍN, T.: “Single motherhood and birthweight in Spain: Narrowing social inequalities in health?” en *Demographic Research* n° 22, 2010, pág.878. Aunque en países donde más del 20% de los nacimientos ocurren fuera del matrimonio (en España es el 30%) no se suelen encontrar ese tipo de diferencias, no es un caso único ya que también ocurre en otros contextos y es extendible a la mortalidad infantil. En 2005 en Inglaterra y Gales el porcentaje de nacimientos fuera del matrimonio fue del 42% y la mortalidad durante el primer año de vida fue todavía un 30% mayor para los niños nacidos fuera del matrimonio. REID et al.: “Vulnerability among illegitimate children in nineteenth century Scotland”, pág.89.

⁹⁴⁹ Las diferencias legales con respecto a los derechos de los niños tenidos al margen del matrimonio desapareció en España en 1975.

⁹⁵⁰ KOK, J., VAN POPPEL, F., y KRUSE, E.: “Mortality among Illegitimate Children in Mid-Nineteenth-Century The Hague” en CORSINI, C. y VIAZZO, P. P. (Ed.), *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750–1990*, Martinus Nijhoff, The Hague, 1997.

condiciones de vida de las clases populares (tanto el esfuerzo físico, la malnutrición, la exposición a enfermedades, etc.) podían afectar la salud de los niños ilegítimos. Después del parto, dejando de lado las prácticas de infanticidio, la reducción de la lactancia/o falta de ella por la necesidad de trabajar para auto-sustentarse podrían explicar otra parte de la elevada sobremortalidad ilegítima. No obstante, el apoyo familiar y las circunstancias socioeconómicas de éste, si es que apoyaban a la madre, podían jugar un papel fundamental en mediar/atenuar esta situación.

Además de esta serie de factores negativos para la salud infantil que emergían de la consideración social de la ilegitimidad, se puede hablar de otros factores exclusivamente demográficos que podían estar detrás de estas diferencias de la mortalidad: la paridad y la edad de la madre. Dado que la mayor parte de los niños ilegítimos eran el primer parto de la mujer y, en muchos casos, ocurrían en edades muy tempranas (por debajo de los 20 años), el riesgo de mortalidad era muy superior al de la media.

En este sentido, algunos autores han hablado de la ilegitimidad como una primera fase del ciclo vital, tras la cual la mujer se casaba y seguía teniendo hijos (legitimando al anterior). Si esto fuera así, el número de ilegítimos como primogénitos en edades jóvenes sería muy alto, comparado con un relativamente reducido número de esos casos legítimos (ya que la fecundidad ilegítima era mucho menor que la legítima), favoreciendo la aparición de una mayor mortalidad agregada para el grupo de niños ilegítimos⁹⁵¹.

A lo largo de toda la experiencia europea e incluso extra-europea (Escandinavia, el mundo mediterráneo, el área anglosajona, etc.), se han encontrado evidencias de esta sobremortalidad ilegítima, haciendo que su confirmación se convierta casi en una experiencia obligatoria cualquier estudio de demografía histórica⁹⁵². Existen un par de excepciones en los que las variaciones de la norma, responden a particularidades de registro, distintas consideraciones sociales de la ilegitimidad o a realidades económicas que favorecían la integración de los ilegítimos. Por ejemplo, la ilegitimidad de la inscripción de un nacimiento puede establecer una diferencia que no era percibida por la familia. En algunas sociedades, el matrimonio no se celebraba hasta que la concepción

⁹⁵¹ BRÄNDSTRÖM: "Life histories of single parents and illegitimate infants in Nineteenth-Century Sweden".

⁹⁵² Entre otros: BRÄNDSTRÖM: "Illegitimacy and Lone-Parenthood in XIXth Century Sweden", KITSON, P. M.: *Family formation, male occupation and the nature of parochial registration in England, c.1538-1837*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Geografía, University of Cambridge, 2004; KOK, VAN POPPEL, y KRUSE: "Mortality among Illegitimate Children in Mid-Nineteenth-Century The Hague"; REID: "The influences on the health and mortality of illegitimate children in Derbyshire, 1917-1922"; REID et al.: "Vulnerability among illegitimate children in nineteenth century Scotland", 229-237; ABADE, A. y BERTRANPETIT, J.: "Birth, marriage and death in illegitimacy: a study in northern Portugal" en *Journal of Biosocial Sciences* nº 27 (4), 1995; BLAIKIE, A.: "Infant survival chances, unmarried motherhood and domestic arrangements in rural Scotland, 1845-1945" en *Local Population Studies* nº 60, 1998; BRÄNDSTRÖM, A.: "Kinship and Mortality: Illegitimate Children in Sundsvall, Sweden, 1808-1900", comunicación presentada en el *Social Science History Association Annual Conference*, Washington DC, 16-19 Octubre, 1997; FUSTER, V.: "Extramarital reproduction and infant mortality in Rural Galicia" en *Journal of Human Evolution* nº 13 (5), 1984; LOKKE, A.: "Could Denmark afford to let the illegitimate children among the poor people live?" comunicación presentada en el Seminario *Gendered and developmental perspectives on infant mortality decline*, University of Tromsø, 10-12 Octubre, 2005; y SOGNER, S.: "Legitimate and illegitimate infants in rural and urban areas", comunicación presentada en el Seminario *Gendered and developmental perspectives on infant mortality decline*, University of Tromsø, 10-12 October, 2005

de un primer hijo probara la viabilidad (en términos reproductivos) de la unión⁹⁵³. Por otro lado, para algunos grupos protestantes, siguiendo el rechazo de Martín Lutero a reconocer a la Iglesia como la única capacitada para establecer matrimonios, los niños nacidos después de los esponsales eran considerados legítimos pese a que su inscripción constara como ilegítima⁹⁵⁴. En Italia, el rechazo de algunos sectores de la población a inscribir sus matrimonios, celebrados religiosamente, en el nuevo registro civil provocó la proliferación de niños administrativamente ilegítimos cuyos padres sólo estaban casados religiosamente⁹⁵⁵. Así, la falta de diferencias de mortalidad por filiación en esos lugares podía estar relacionada con una falta de diferencias reales entre esos colectivos.

En ocasiones, la falta de diferencias respondía a las necesidades económicas del área. En la región de Carinthia, Sumnall encontraba que la estructura de propiedad de la tierra llevaba a la existencia de familias extensas que trabajaban la tierra y que daban acogida a los hijos ilegítimos de sus sirvientas, produciendo unas diferencias de mortalidad prácticamente inexistentes⁹⁵⁶. En Islandia, muchos hijos ilegítimos eran fruto de uniones consensuales y presentaban la misma mortalidad que los legítimos⁹⁵⁷. En la isla de Skye (Escocia), no obstante, se observa la relación con las circunstancias económicas más marcada ya que las diferencias de mortalidad entre niños legítimos e ilegítimos variaban en función de la coyuntura económica, desapareciendo en los años de bonanza (ya que las madres permanecían con sus hijos en la residencia paterna) y reapareciendo en los años de crisis (ya que emigraban para obtener trabajo dejando al niño con los abuelos maternos, donde quedaba privado de la alimentación materna)⁹⁵⁸.

En cualquier caso, pese a que el exceso de mortalidad de los niños ilegítimos está bastante extendido, se trata de un efecto que depende de muchos factores sociales, económicos, culturales y geográficos por lo que es imposible buscar explicaciones generales⁹⁵⁹. Si nos concentramos en poblaciones institucionalizadas, la explicación sólo puede considerar el impacto de la legitimidad a través de la salud de la madre y el parto para aquellos abandonos en la Maternidad. No obstante, como hemos visto en el esquema teórico, en aquellos abandonados más adelante, sí que podían existir efectos perjudiciales de la ilegitimidad en la lactancia y crianza.

El trabajo que en mayor profundidad ha tratado este asunto ha sido el de Levene. Su hipótesis de partida sugería la existencia de una democratización de la probabilidad

⁹⁵³ SCHUMACHER, RYCZKOWSKA, y PERROUX: "Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva", pág.190.

⁹⁵⁴ TEIBERNBACHER, K.-F.: "Infant Death Clustering-some critical remarks", comunicación presentada en el *International Workshop on Death Clustering*, Umea, 21-22 Octubre, 2010.

⁹⁵⁵ SCHUMACHER, RYCZKOWSKA, y PERROUX: "Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva", pág.190.

⁹⁵⁶ SUMNALL, C.: "The hills are alive with the sound of bastards! Social reception of illegitimacy in the Gurk valley, Austria, 1870-1975", comunicación presentada en el *European Social Science History Conference*, Gante, 13-16 Abril, 2010. SUMNALL, C.: "Micro-geographies of illegitimacy and social change in the Gurk valley, 1870 to 1960" en FAUVE-CHAMOIX, A. y BOLOVAN, I. (Ed.), *Families in Europe between the Nineteenth and Twentieth Century*, Babes-Bolyai University Press, Cluj-Napoca, 2009.

⁹⁵⁷ GARDASRSDÓTTIR, Ó.: "The implications of illegitimacy in late nineteenth-century Iceland: the relationship between infant mortality and the household position of mothers giving birth to illegitimate children" en *Continuity and Change* nº 15 (3), 2000, pág.457.

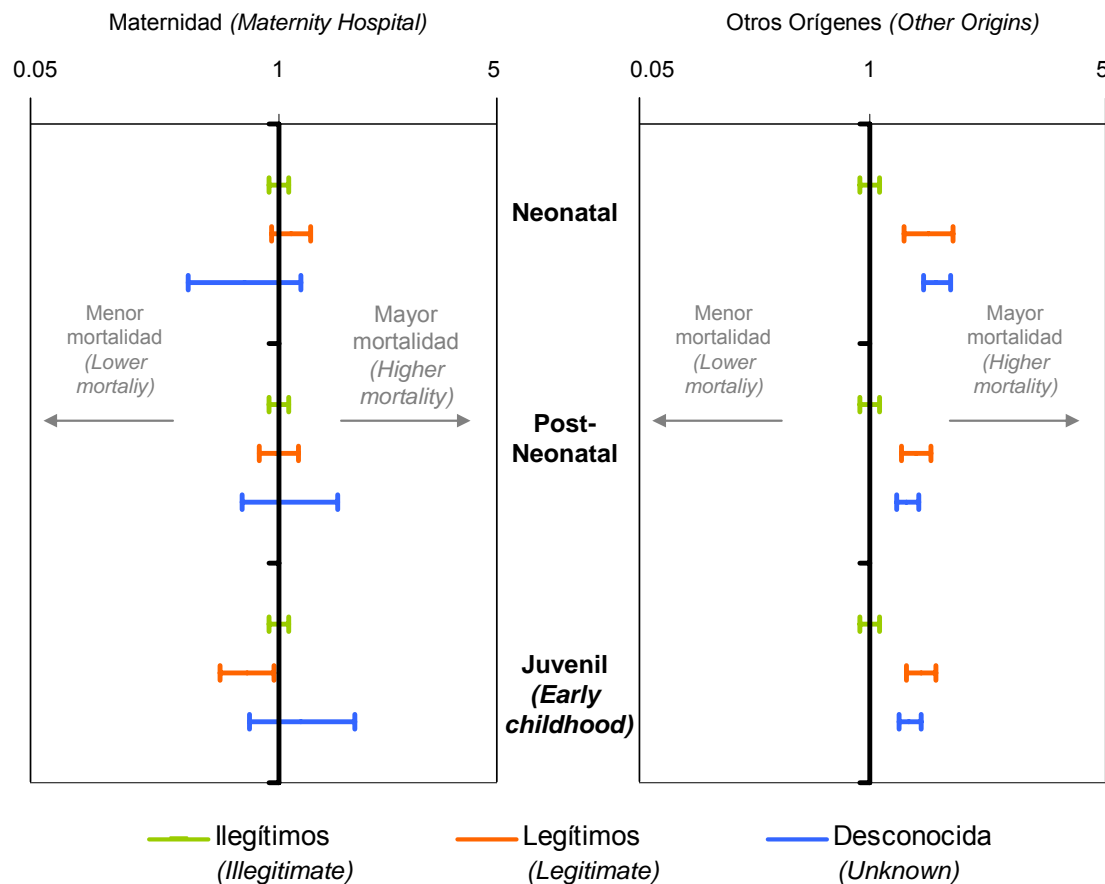
⁹⁵⁸ REID et al.: "Vulnerability among illegitimate children in nineteenth century Scotland", pág.98.

⁹⁵⁹ CASTRO MARTÍN: "Single motherhood and birthweight in Spain: Narrowing social inequalities in health?" pág.891.

de morir una vez los expósitos eran ingresados en la institución pero su análisis (utilizando el mismo tipo de metodología que hemos empleado nosotros) precisamente encontraba diferencias significativas que indicaban una mortalidad infantil un 50% mayor en los niños ilegítimos abandonados en la inclusa y casi del 90% en aquellos ingresados en las *workhouses* de Londres. Su explicación ponía el énfasis en los factores ya discutidos deficientes condiciones de la vivienda, malnutrición in útero, elevadas probabilidades de lactancia muy reducida y, en general, una reducida viabilidad producida por su experiencia durante la gestación aunque también sugería el efecto de la primogenitura⁹⁶⁰. Además de estas razones ofrecidas por Levene para explicar este fenómeno, podemos añadir otras que podrían actuar en ese mismo sentido: intentos de aborto, práctica de ocultación del embarazo, trabajo físico durante todo el embarazo, etc.

Gráfico 9.2. Diferencias en la probabilidad de morir en función de la filiación para los intervalos neonatal, post-neonatal y juvenil en función de la filiación.

[Graph 9.2. Differences in the probability of dying for the neonatal, post-neonatal and early childhood periods by legitimacy status].



Regresión univariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente para los orígenes Maternidad y Otros Orígenes y para cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil-. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -legítimos-. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Univariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for Maternity Hospital and Other Origins and for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Logarithmic scale. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category -illegitimate-. Source: ARCM. Own elaboration].

⁹⁶⁰ LEVENE: "The mortality penalty of illegitimate children: foundlings and poor children in Eighteenth-Century England", pág.39-49.

Estas evidencias han sido sustentadas por otros trabajos, que han encontrado el mismo tipo de diferencias, a favor siempre de los niños legítimos⁹⁶¹. Lamentablemente, en nuestro país no disponemos de cifras comparables por dos razones: por un lado, como se ha mencionado con anterioridad, el establecimiento de la filiación de los niños era imposible en muchos casos y, por otro, la orientación de historia social predominante en la historiografía española no ha primado el análisis complejo y detallado de la mortalidad.

Sobre la base de esta historiografía, parece, por tanto, esperable que en un ambiente como el de la Inclusa, se encuentre esta sobremortalidad ilegítima. No obstante, el gráfico 8.27 en el epígrafe 8.3 ya mostraba que la mortalidad ilegítima de la Inclusa era ligeramente menor que la de los legítimos. No obstante, dado que las estimaciones obtenidas pueden parecer diferentes pero en realidad deberse a variaciones muestrales que no recogen diferencias reales, hemos realizado el análisis univariado de la mortalidad expósita en función de esta variable para controlar esta situación.

En el gráfico 9.2 se ha representado este diferencial a lo largo de la vida de los expósitos en la institución (neonatal, post-neonatal y juvenil), siguiendo el esquema de representación que utilizamos en el capítulo 7⁹⁶². El hecho de que para Maternidad las barras que representan a los distintos grupos de niños crucen la línea del 1 quiere decir que su mortalidad es esencialmente similar a la de la categoría de referencia, que en este caso son los niños ilegítimos, representados en primer lugar. Sólo en el caso de la mortalidad juvenil, la barra de los legítimos está completamente a la izquierda del 1, indicando una menor mortalidad, estadísticamente significativa, de éste grupo. En el caso de los Otros Orígenes, la imagen es muy distinta: las barras de legítimos y niños de origen desconocido están completamente a la derecha de la unidad, por lo que su mortalidad era significativamente mayor. Vemos que estos resultados confirman la existencia de diferencias en la dirección contraria a la imagen tradicional.

Para evitar que la interferencia de otros factores empañe nuestra consideración del efecto neto de la legitimidad, hemos incluido todos los elementos de control descritos en el epígrafe anterior. Pese a que observamos una reducción de la diferencia entre categorías, los resultados apuntan en la misma dirección: no existía una sobremortalidad ilegítima y, en ocasiones, incluso se revertía el diferencial esperado.

En los gráficos 9.3 y 9.4 hemos representado los resultados de aplicar los modelos multivariantes completos para Otros Orígenes y Maternidad, derivados de las tablas F.1, F.2 y F.3 del Anexo. Para los niños ingresados a través de Otros Orígenes, había diferencias muy claras entre un periodo y otro, que habían quedado enmascaradas por la agregación de los datos. Vemos que antes de 1918 existían diferencias en la mortalidad neonatal, con una mortalidad significativamente mayor para los niños legítimos y aquellos de filiación desconocida (un 50,65% y un 18,11%,

⁹⁶¹ Entre otros, VIAZZO, P. P., BORTOLOTTI, M., y ZANOTTO, A.: "A special case of decline: levels and trends of infant mortality at the Florence Foundling Hospital, 1750-1950" en CORSINI, C. y VIAZZO, P. P. (Ed.), *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750-1990*, Martinus Nijhoff, The Hague, 1997.

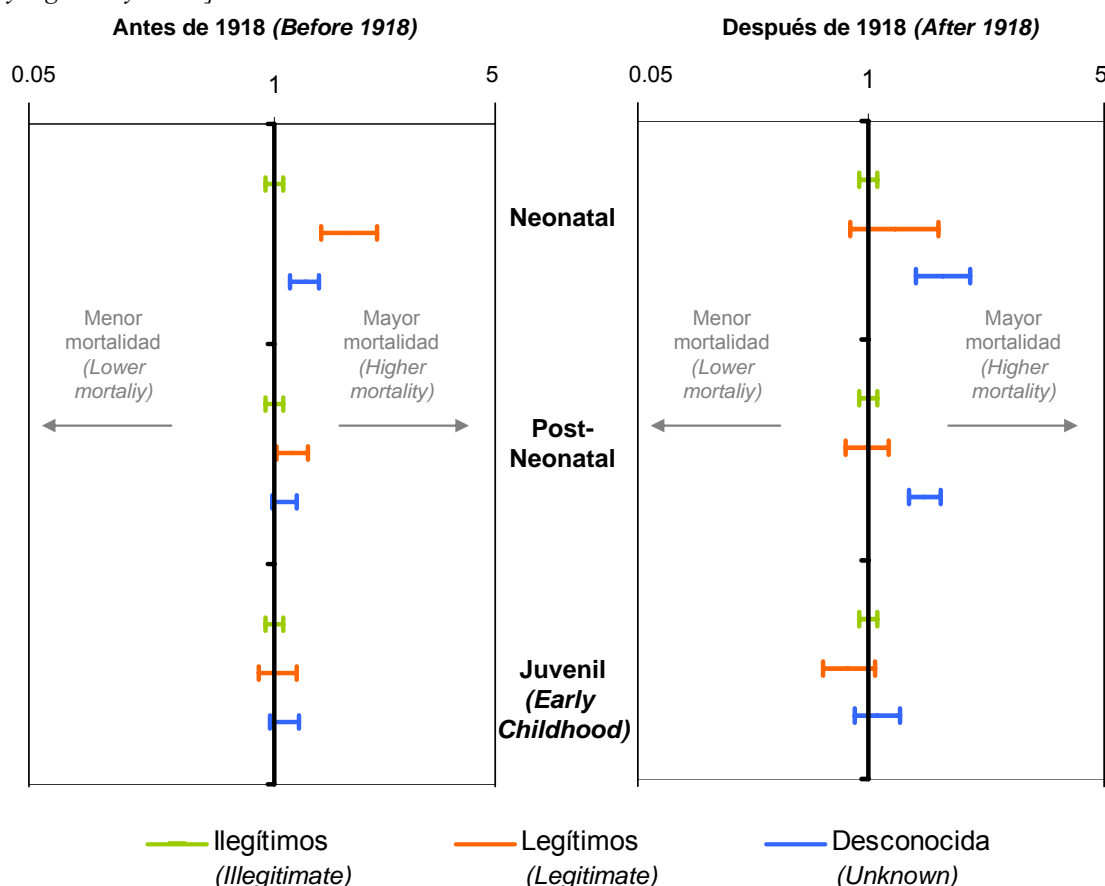
⁹⁶² La explicación completa está en la sección 7.3.2.1.A y en las notas que lo acompañan. En resumen, las barras ofrecen el rango máximo de la diferencia entre una categoría de una variable y la de referencia. Así, si cruza el 1 (la referencia), las diferencias entre el punto las dos categorías podrían ser fruto del azar pero si no lo cruza, es evidencia de que las diferencias son estadísticamente significativas: reflejan diferencias reales en la probabilidad de experimentar un evento.

respectivamente) que para los ilegítimos. Pasado ese periodo, no obstante, las probabilidades se igualaban en todos los grupos. Para el periodo posterior a 1918 no existían diferencias entre legítimos e ilegítimos pero los niños de filiación desconocida tenían probabilidades mayores de morir durante el primer año de vida.

Si analizamos los niños procedentes de la Maternidad, la imagen es ligeramente diferente ya que prácticamente en ningún caso existieron diferencias de mortalidad entre los tres grupos de filiación. Sólo aparece una experiencia de mortalidad significativamente distinta a favor de los legítimos en el intervalo juvenil antes de 1918 y negativa para los de filiación desconocida en ese mismo intervalo para el periodo posterior a 1918.

Gráfico 9.3. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para los niños procedentes de Otros Orígenes, en función de la filiación.

[Graph 9.3. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Other Origins by legitimacy status].



Regresión multivariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil- y para dos periodos (pre y post 1918). Controlado por: procedencia de la madre, sexo, estación de nacimiento, envío a lactar y presencia en el intervalo anterior. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -ilegítimos- Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Controlled by mother's origin, sex, birth season, placed in the countryside and presence in previous interval. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category illegitimate-.Source: ARCM. Own elaboration].

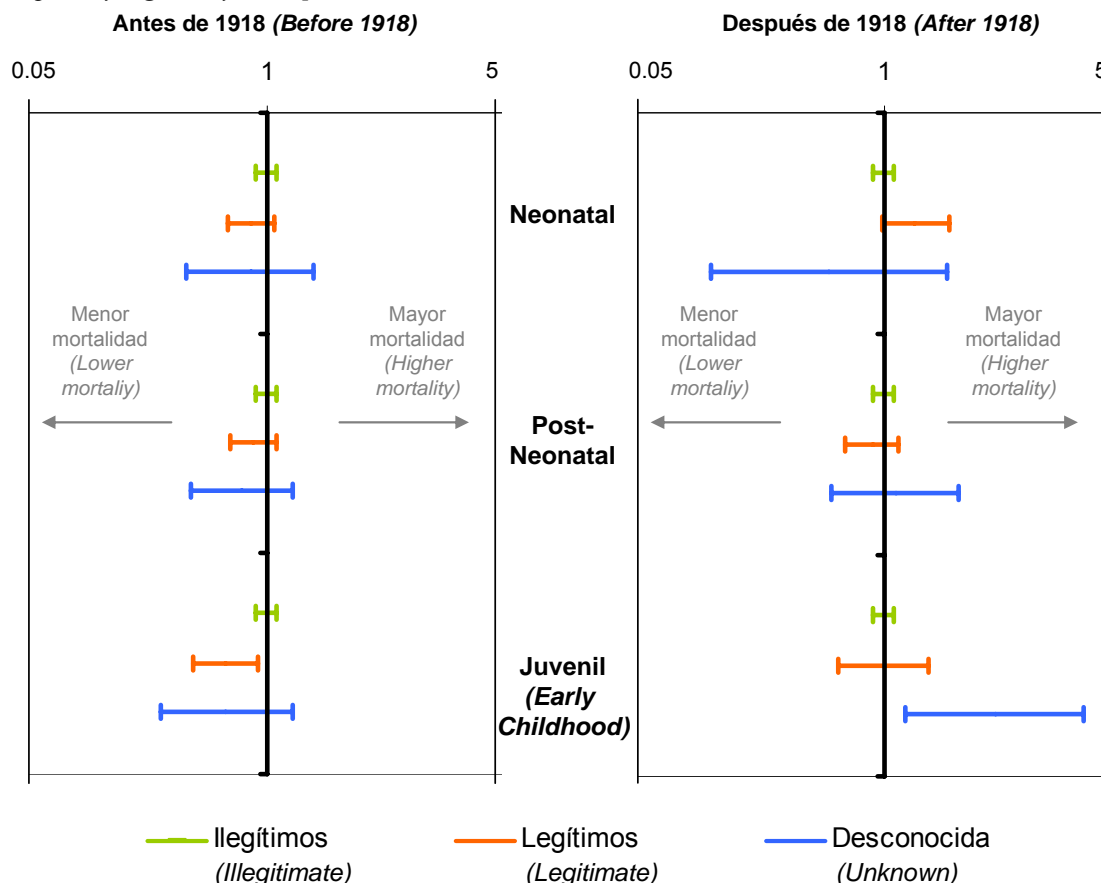
No encontramos evidencias más que en un intervalo vital de un periodo de uno de los orígenes para hablar de la penalización en términos de mortalidad asociada a la

ilegitimidad. La falta de diferencias en función de la legitimidad (sobre todo ilegítimos vs. legítimos) e incluso la aparición de la diferencia en el sentido contrario al esperado sugieren más una desventaja de los legítimos que una mejor situación de los ilegítimos. Es probable que esta situación se deba a un efecto de selección por salud entre las madres que recurrían a la Inclusa.

Podría argumentarse la existencia de un efecto de selección por expectativas futuras ante el abandono pero operaría en la dirección tradicional. En general, se esperaría que los abandonos legítimos tuvieran mayores probabilidades de ser recogidos por sus padres y, por tanto, saliendo del riesgo de estar en la institución, explicando o aumentando el diferencial clásico. En nuestro caso, pese a que hemos comprobado que los niños legítimos tenían mayores probabilidades de ser retornados a sus padres que los ilegítimos, encontramos también mayores probabilidades de morir entre los legítimos, por lo que las diferencias en salud debían ser muy grandes.

Gráfico 9.4. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para los niños procedentes de Maternidad en función de la filiación.

[Graph 9.4. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Maternity Hospital by legitimacy status].



Regresión multivariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil- y para dos periodos (pre y post 1918). Controlado por: procedencia de la madre, sexo, estación de nacimiento, envío a lactar y presencia en el intervalo anterior. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -ilegítimos- Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Controlled by mother's origin, sex, birth season, placed in the countryside and presence in previous interval. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category illegitimate-.Source: ARCM. Own elaboration].

En nuestra hipótesis de la selección por salud, el punto de partida es que la comparación se establece entre un número bastante reducido de niños legítimos cuya entrada en la institución precisamente es una señal de la fractura de la dinámica normal de la familia y un grupo más amplio y heterogéneo donde podían coexistir situaciones distintas de salud. Es importante recordar que el recurso a la Inclusa a través de Otros Orígenes por parte de madres casadas se producía en un contexto de necesidad extrema, como último recurso. Sólo las mujeres de extracción más humilde y en circunstancias más allá de su alcance abandonaban a sus hijos en la Inclusa y no es difícil imaginar la penuria del ambiente familiar en el que se criaba un niño cuya presencia eventualmente se hacía insostenible. Tanto si el detonante del abandono era la enfermedad o muerte de la madre como si era una crisis económica, es posible que el ambiente patológico de la casa hubiera afectado al niño, o la carestía hubiera comprometido su nutrición (tanto en lactantes como en destetados). En el caso del recurso a la Maternidad por mujeres casadas, sería esperable encontrar sólo los casos más problemáticos dado que se trataba del único lugar en el que se podía dar a luz en un marco institucional y medicalizado. Además, la atención médica del parto era gratuita por lo que sólo acudirían a esta institución mujeres que no tuvieran los suficientes recursos como para pagar una comadrona o partera.

Frente a este subconjunto, necesariamente seleccionado por la mala salud, es posible que el contingente de expósitos ilegítimos fuera mucho más heterogéneo en relación a la salud. Se agregaría la experiencia de mujeres afectadas por los riesgos “típicos” de los embarazos ilegítimos y baja clase social (en los que se esperaría una peor salud clásica) con la de otras que, por recurso a la Maternidad, por ayuda de las redes sociales, por ser de una clase ligeramente más alta, no estuvieran en una situación de salud tan comprometida. Esta combinación, por tanto, podría ser responsable de la imagen de similitud de riesgos (e incluso sobremortalidad) de los niños legítimos.

La única evidencia a favor de una cierta penalización ilegítima es la mortalidad juvenil de los legítimos abandonados que, quizá debe verse como el efecto de los niños legítimos mayores de un año que acompañaban a sus madres al parto en Maternidad y que eran abandonados junto con su hermano recién nacido. Dado que no habían experimentado la mortalidad institucional y habían sobrevivido hasta ese momento en el hogar materno, estaban en una situación de clara ventaja en comparación con los ilegítimos que ya estaban en la institución desde el abandono, habiendo sufrido la increíble intensidad de la mortalidad institucional.

9.2.3. ORIGEN DE LA MADRE

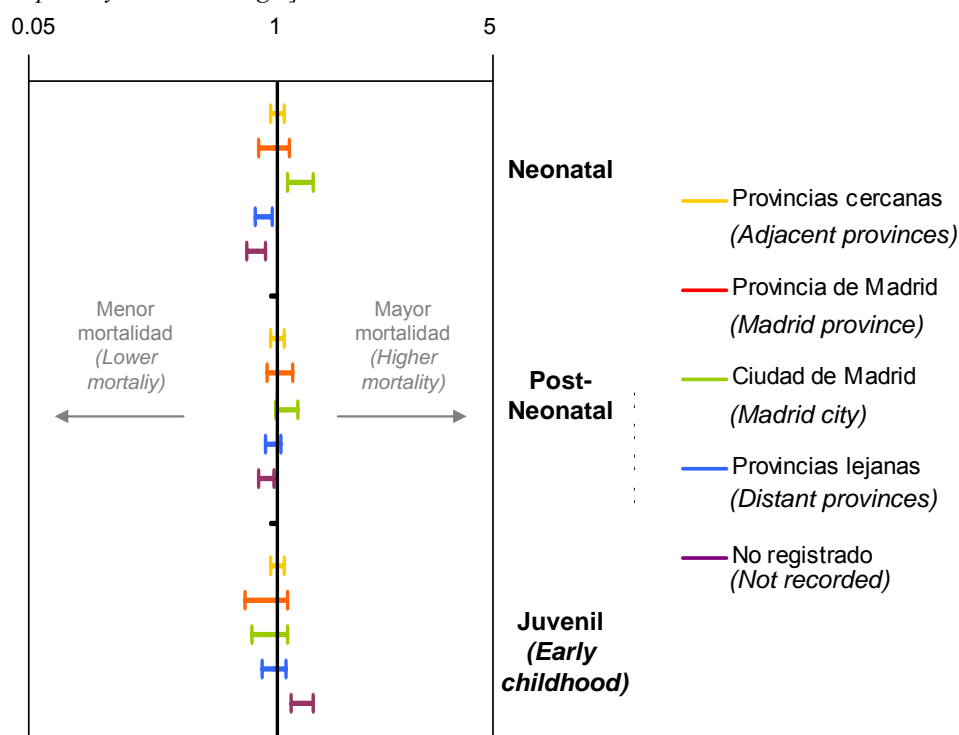
Como ya hemos comentado en el capítulo 3, existen distintas teorías sobre el comportamiento demográfico diferencial entre nativos y migrantes, particularmente importantes en cuanto a la salud y mortalidad, que no se restringen al ámbito histórico sino que trascienden también a la situación actual⁹⁶³.

⁹⁶³ Actualmente, existe una importante historiografía sobre este fenómeno, conocido como la paradoja epidemiológica. Los primeros en describirlo fueron MARKIDES, K. S. y COREIL, J.: “The Health of Hispanics in the Southwestern United States: an Epidemiologic Paradox” en *Public Health Reports* n° 101 (3), 1986. Y la revisión histórica más interesante puede verse en GUTMANN, M. P., PARKER FRISBIE, W., y BLANCHARD, K. S.: *Dating the Origins of the Epidemiologic Paradox among Mexican Americans*, Population Research Centre of the University of Texas at Austin, 1998.

En el campo de la demografía histórica, existen dos tesis básicas sobre la salud de los inmigrantes rurales residiendo en las ciudades comparados con la de los nativos urbanos, de cada una de las cuales se han encontrado evidencias en distintos contextos. Por un lado, atendiendo a su manera específica de insertarse en la ciudad, se ha considerado que los inmigrantes son una población vulnerable, entroncando con el corpus de evidencias que encuentran un gradiente socioeconómico en los resultados de salud⁹⁶⁴. Los inmigrantes se establecían en un medio ambiente nuevo desde el punto de vista social y patológico en el que carecían de las redes sociales de apoyo y del conocimiento directo de los recursos y maneras de funcionar del nuevo espacio geográfico, así como de inmunidad hacia las enfermedades endémicas de la ciudad. Esa desventaja inicial hacía que se insertaran en los escalones más bajos de la pirámide social y en peores condiciones de vida.

Gráfico 9.5. Diferencias en la probabilidad de morir para aquellos niños abandonados a través de la Maternidad en función del origen de la madre.

[Graph 9.5. Differences in the probability of dying for those children abandoned through the Maternity Hospital by mother's origin].



Las provincias entre el grupo de las cercanas son Toledo, Segovia, Ávila, Guadalajara y Cuenca. Regresión univariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil-. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias estadísticas significativas con la categoría de referencia -provincias cercanas-. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Provinces in the Group of adjacent ones are Toledo, Segovia, Ávila, Guadalajara and Cuenca. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Logarithmic scale. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category -adjacent provinces-. Source: ARCM. Own elaboration].

⁹⁶⁴ Algunos de los trabajos representativos en este sentido son: KRAMER, M. S. et al.: "Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly?" en *Paediatric and Perinatal Epidemiology* nº 14, 2000, PRESTON, S. y TAUBMAN, P.: "Socioeconomic differences in adults mortality and health status" en MARTIN, L. G. y PRESTON, S. (Ed.), *Demography on aging*, National Academy Press, Washington D.C, 1994, WILKINSON, R. y MARMOT, M.: *The Solid Fact. Social Determinants of Health*, World Health Organization, segunda edición, 2003.

Para las clases populares, particularmente, las ciudades eran espacios insalubres donde la mala calidad de la vivienda, la incompleta o deficitaria implementación de las medidas de salud pública para garantizar la higiene del agua, la evacuación de residuos y, por tanto, la carga de enfermedad eran mucho mayores (y distintas, de modo que no estaban inmunizados) que las experimentadas en áreas rurales⁹⁶⁵.

Por otro lado, es posible que no todos los migrantes estuvieran en la misma situación y que, al menos, algunos grupos no experimentaran tal desventaja. Es posible que el propio tipo de proyecto migratorio permitiera subvertir algunos de los problemas de inserción. Si la migración era propiciada por amplias redes sociales en la ciudad y respaldada por un proyecto de largo alcance, quizá la inserción se produjera en circunstancias no tan desaventajadas. Además, las perspectivas historiográficas que estudian la salud como resultado de un proceso determinado a lo largo de la vida, hablan de mejores o iguales resultados de mortalidad de los inmigrantes producidos por su crianza en lugares más saludables. Dadas las enormes diferencias en mortalidad infantil (entre otros indicadores de salud) entre áreas rurales y urbanas, el no haber experimentado la niñez en el ámbito urbano, cuya carga patológica podía comprometer seriamente la salud de los niños criados en ella, podía ofrecer una ventaja a los migrantes (criados en áreas de baja mortalidad) a su llegada a la ciudad⁹⁶⁶.

Al considerar el efecto que el origen materno en las probabilidades de supervivencia de los expósitos, es importante tener en cuenta un posible factor adicional: la posible variación del significado del abandono para los distintos grupos de origen. Aunque ya nos hemos referido con anterioridad a esta posibilidad, es particularmente importante describirla aquí porque los patrones de migración diferenciales por origen podrían estar relacionados con un diferente recurso a la Inclusa. Es decir, determinados tipos de mujeres inmigrantes (o las nativas) podrían estar realizando un uso de abandono definitivo en la institución mientras que otros podrían tener una mayor tendencia a realizar abandonos temporales, afectando la incidencia del retorno y, por tanto, la población en riesgo de morir. De modo que, al observar los resultados de mortalidad de los niños abandonados no sólo hemos tenido en cuenta consideraciones sobre la salud de las madres sino también sobre la interferencia potencial de sus potenciales proyectos migratorios.

El origen de las madres de expósitos no ha sido explorado en ningún contexto como determinante de la mortalidad expósita por lo que las explicaciones sobre la Inclusa deben tomarse como un primer acercamiento a este tipo de análisis. En el gráfico 9.5 hemos representado la mortalidad en función del origen de las madres.

⁹⁶⁵ SHARLIN: "Natural Decrease in Early Modern Cities: a reconsideration",

⁹⁶⁶ ALTER y ORIS: "Childhood Conditions, Migration and Mortality: Migrants and Natives in 19th-Century Cities"; y ORIS y ALTER: "Paths to the city and roads to death. Mortality and migration in East Belgium during the industrial revolution". Es importante destacar que el efecto del nivel de mortalidad sobre la mortalidad en la infancia y en la edad adulta ha sido estudiado por Bengtsson et al que encontraban una asociación importante entre la experiencia de la infancia en un régimen de elevada mortalidad y una mayor mortalidad en edades adultas, que ha iniciado toda una serie de estudios en ese sentido. BENGTSSON, T. y LINDSTRÖM, M.: "Childhood Misery and Disease in Later Life: The Effects on Mortality in Old Age of Hazard Experienced in Early Life, Southern Sweden, 1760-1894" en *Population Studies* nº 54 (3); 2000, BENGTSSON, T. y LINDSTRÖM, M.: "Airborne infectious disease during infancy and mortality in later life in southern Sweden, 1766-1894" en *International Journal of Epidemiology* nº 32, 2003; y GAGNON y MAZAN: "Does exposure to infectious diseases in infancy affect old-age mortality?" .

Según él, vemos una experiencia variable a lo largo de la vida de los niños que apunta a la existencia de diferencias sólo durante el primer mes de vida, tras el cual prácticamente desaparecían. Se muestran tres situaciones: sobremortalidad de los hijos de nativas de la ciudad; lugar intermedio para los hijos de madres nacidas en las provincias adyacentes, en la provincia de Madrid y aquellas que no declaraban su origen; y la mejor situación para los hijos de aquellas madres nacidas en las provincias fuera del anillo alrededor de Madrid. Todas estas variaciones sugieren un complejo patrón de abandono pero es muy posible que la asociación entre el origen y otras características, como la edad de la madre o la edad de entrada del niño, puedan estar detrás de algunas de estas relaciones.

En el gráfico 9.6 se han representado el resultado de esta variable, una vez introducida en el modelo general, donde podemos ver que se mantiene la tendencia observada en el análisis univariado: existe una sobremortalidad de los hijos de las nativas madrileñas. En el periodo anterior a 1918 las diferencias en la mortalidad de la descendencia abandonada de nativas de la ciudad, mujeres nacidas en provincias cercanas y provincias alejadas eran estadísticamente significativas entre ellas (los intervalos de confianza entre ellas no se cruzan). De hecho, siguen un patrón de descenso progresivo conforme el origen de las madres se aleja de la ciudad. Tras 1918, la ventaja de las madres nacidas en provincias lejanas se iguala a la del resto de orígenes pero sigue siendo significativamente distinta de la de los hijos de las nativas. Estas diferencias sólo parecen ser importantes al principio de la vida (en el periodo post-neonatal), nivelándose la mortalidad durante el resto del primer año de vida.

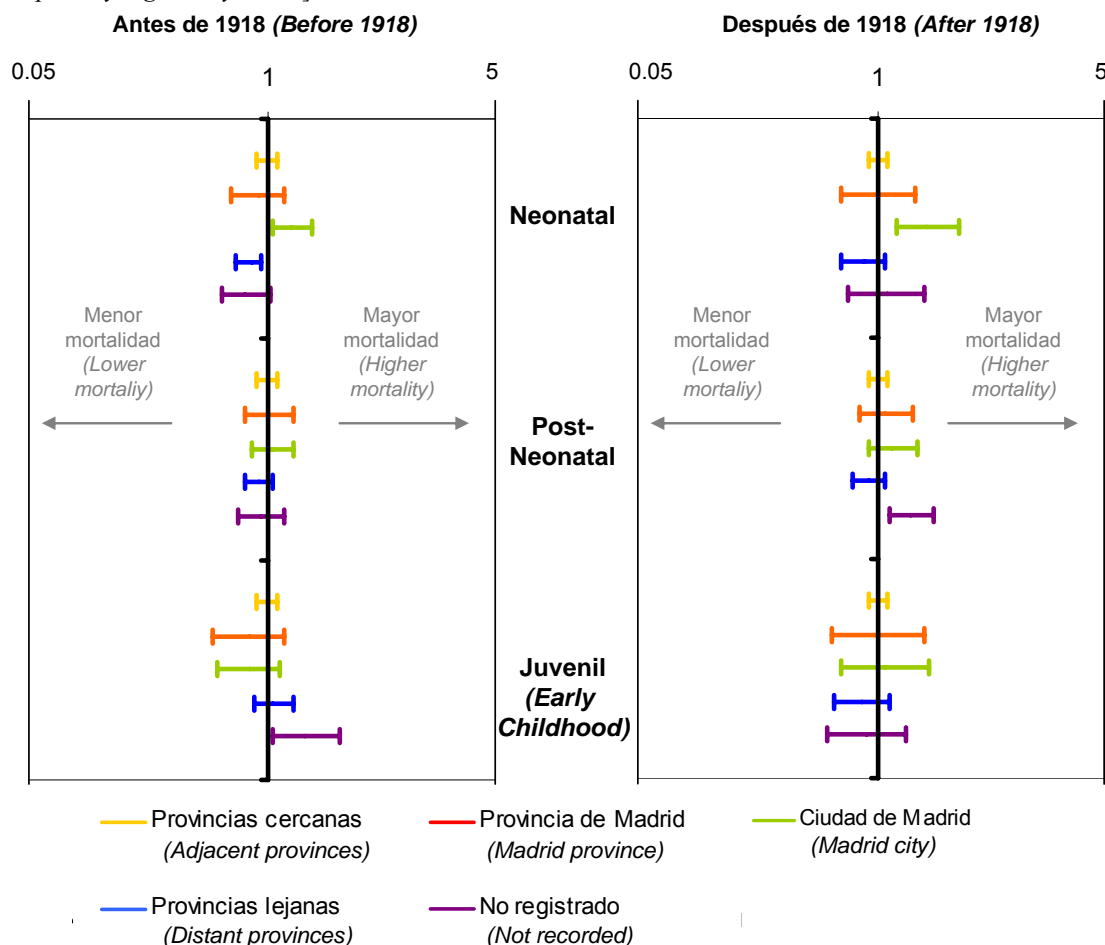
Antes de concluir que los resultados de la mortalidad de sus hijos muestran una mejor situación en salud de las inmigrantes comparadas con las nativas (o de sus hijos), es preciso recordar que el contexto de la población abandonada implica una selección poblacional, de modo que estas diferencias pueden deberse más a ésta que a diferencias biológicas. El hecho de que no todos los grupos de áreas rurales ofrezcan el mismo nivel de diferencia con respecto a la ciudad sugiere, precisamente, que no se trata de una mejor salud por no proceder de la capital, sino que los comportamientos, y los riesgos asociados, variaban en función de su origen. Por ello, es posible que la diferencia esté más relacionada con las pautas de uso de la institución según la procedencia.

Por un lado, es posible que la sobremortalidad de los hijos de madrileñas no fuera una cuestión exclusivamente de la salud de las madres ya que las mujeres madrileñas podían estar haciendo un uso diferencial de la institución, al conocer las posibilidades que ofrecía. De hecho, ya hemos visto en el capítulo 7 que eran las que predominantemente hacían uso de la Maternidad con propósitos médicos, dando lugar a los abandonos técnicos. Así, además de ese uso, es posible que ese uso específico se completara con un uso en situaciones extremas. Quizá recurrieran a la Inclusa para evitar los costes de tratamiento e incluso enterramiento de sus hijos enfermos, conscientes de la facilidad del abandono. O quizá incluso se extendía más entre ellas el abandono como manera de disponer de los niños fruto de estilos de vida marginales, o del mundo de la prostitución⁹⁶⁷.

⁹⁶⁷ Sobre prostitución en Madrid, ver CUEVAS DE LA CRUZ, M.: *Las mujeres prostitutas en el Madrid del siglo XIX. Control de espacios y formas de vida*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, UNED, 2005.

Gráfico 9.6. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para los niños abandonados en Maternidad en función del origen de la madre.

[Graph 9.6. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Maternity Hospital by legitimacy status].



Regresión multivariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil- y para dos periodos (pre y post 1918). Controlado por: legitimidad, sexo, estación de nacimiento, envío a lactar y presencia en el intervalo anterior. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -ilegítimos-. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Controlled by legitimacy, sex, birth season, placed in the countryside and presence in previous interval. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category illegitimate-.Source: ARCM. Own elaboration].

Si la sobremortalidad de los hijos de las nativas puede explicarse por factores de comportamiento, además de peor salud materna, es posible que las diferencias entre las inmigrantes que acudían a la institución para el parto y abandono podían responder a diferencias en el modo de asentamiento. En general, con la distancia se incrementaba el coste de desplazamiento y la necesidad de un plan claro de establecimiento en la ciudad. Quizá la disponibilidad de una mayor seguridad en su inserción en la ciudad permitía a las mujeres una situación muy distinta de la de aquellas que venían de los alrededores⁹⁶⁸. Para las primeras, como ya hemos comentado, un contexto más aventajado quizá era responsable de su mayor conocimiento de los recursos, por lo que registrábamos su mayor tendencia a la recogida temprana de niños (con respecto a las

⁹⁶⁸ PALLOL TRIGUEROS: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, pág.571.

mujeres de provincias cercanas), que hemos considerado como un abandono técnico. Esa circunstancia podía contribuir a la menor mortalidad pero es posible que también pudiera estar acompañada de una mejor salud de partida y una mayor tendencia a la recogida de niños.

Sin embargo, entre las inmigrantes de zonas cercanas, encontramos tres factores que pueden explicar la sobremortalidad (comparando con las de provincias lejanas): la carencia de un contexto favorable que no mejoraba su condición de salud; de una posible inserción familiar que no les permitiera recuperar a sus hijos (ya que en gran medida ese tipo de mujeres debía estar compuesto por empleadas en el servicio doméstico); y unas posibles expectativas vitales que no contaban con la posibilidad de recoger el fruto de una relación ilícita (ya que muchas mujeres de las provincias adyacentes a Madrid acudían a la ciudad para trabajar como sirvientas, ahorrar para la dote y el matrimonio, y retornar a su lugar de nacimiento para contraer matrimonio)⁹⁶⁹.

Además de esta disparidad en la experiencia de mortalidad de sus hijos, los gráficos también muestran una última diferencia, que sólo se aprecia en un momento más tardío en la vida de los expósitos (el periodo juvenil antes de 1918 y el periodo post-neonatal después de 1918). Se trata de la sobremortalidad de aquellos cuyas madres no dejaron ninguna información del origen. Su lectura entronca completamente con lo que decíamos sobre los niños de Otros Orígenes, cuyo análisis multivariante se ha plasmado en el siguiente epígrafe. No dejar información sobre el origen tenía un efecto predictivo sobre la sobremortalidad: es decir, que omitir parte de información implicaba falta de interés (tanto futuro como durante el embarazo) en el destino del niño y se relacionaba con una elevación de la mortalidad.

9.2.4. EDAD DE LA MADRE

El segundo efecto familiar que hemos tratado es la edad de la madre que, en demografía, es una de las variables clave para el estudio de la salud en los niños, dada su influencia (particularmente con la mortalidad perinatal). Según la OMS las edades de menor riesgo son las comprendidas entre 20 y 29, con mayores riesgos acompañando a embarazos en edades inferiores o superiores. En edades jóvenes, el exceso de riesgo se debe a la falta de madurez del cuerpo y, en el segundo, a la peor disposición del cuerpo femenino a concebir bebés sanos en edades más avanzadas⁹⁷⁰. Se trata, por tanto, de un indicador que recoge aspectos biológicos aunque, su análisis no es directo ya que está íntimamente asociada con la paridad, la experiencia reproductiva y la longitud de los intervalos intergenésicos.

La experiencia histórica ofrece numerosas evidencias de su relación con la mortalidad aunque no siempre se encuentra la sobremortalidad en ambos grupos de edad (jóvenes y muy mayores). Para La Haya, Kok *et al* sólo encontraban una mortalidad infantil más elevada en los hijos de mujeres muy jóvenes mientras que encontraban

⁹⁶⁹ SARASÚA: *Criados, nodrizas y amos: el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*.

⁹⁷⁰ ORGANIZATION, W. H.: *A WHO report on social and biological effects on perinatal mortality*, vol. 1, Statistical Publishing House, Budapest, 1978

mayor mortalidad juvenil de madres mayores de 35 años⁹⁷¹. En las localizaciones estudiadas por el *Eurasia Project* se encontraban sobremortalidad en las madres de mayor edad, encontrando una mayor proporción de defunciones debidas a la debilidad congénita. Este efecto, no obstante, probablemente no actuaba sólo y su impacto era amplificado por otras variables, como las precarias condiciones de vida o un gran número de hijos⁹⁷².

Dada la generalizada falta de información sobre las familias de los expósitos, nuestra aportación es la primera sobre el colectivo expósito pero la expectativa sería encontrar el mismo tipo de resultados: sobremortalidad en los hijos de mujeres con edades fuera del rango 20-35. En el gráfico 9.7 hemos restringido el análisis sólo a aquellos niños procedentes de Maternidad dada la escasa aparición de esa información en Otros Orígenes ya que la falta de consistencia de los resultados del gráfico 8.28 puede estar relacionada con el ruido introducido por esos casos. En él se puede ver que la clásica distribución en forma de U de la mortalidad sólo se aprecia durante el periodo neonatal: con mayor mortalidad en las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35) en la mortalidad neonatal y en la juvenil. Parece ser que las desigualdades asociadas a la salud materna operaban al principio de la vida de los expósitos para luego equilibrarse durante el resto del primer año de vida. El hecho de que la mortalidad de los hijos de madres cuya edad no era registrada sea esencialmente similar a la de las madres en las edades centrales puede deberse a que las edades de las madres que no reportaban la edad estuvieran comprendidas fundamentalmente estuvieran entre los 20 y los 35. Aunque es difícil de comprender la penalidad experimentada por esos niños en el periodo juvenil.

Al incluir esta variable en los modelos generales, hemos tenido problemas por la correlación existente con la variable de origen, por lo que se ha decidido dejarla fuera. Este problema existe porque existe una asociación casi perfecta entre la categoría residual “No registrado” de ambas variables, es decir, que las mujeres que no reportaban edad no solían reportar tampoco el origen. Este fenómeno se denomina multicolinealidad y genera resultados erróneos por la introducción de la información en un modelo por duplicado. La adición de la variable no sólo no introduce nueva información relevante para nuestras preguntas sino que, además, introduce ruido por lo que ha sido preciso descartar una de las dos.

Por ello, sólo se puede conservar una variable (edad u origen) en el modelo y, en nuestro caso, hemos elegido dejar fuera la edad por dos razones: en primer lugar, la edad de la madre es un tipo de factor de tipo más biológico y, sobre todo, nos interesa comprobar la interacción de lo social y lo biológico; en segundo lugar, el origen de la madre ofrece una imagen mucho más completa, y compleja, ya que además de potencialmente incluir información de tipo biológico, añade la posibilidad de la existencia de distintos patrones demográficos y de recurso a la institución.

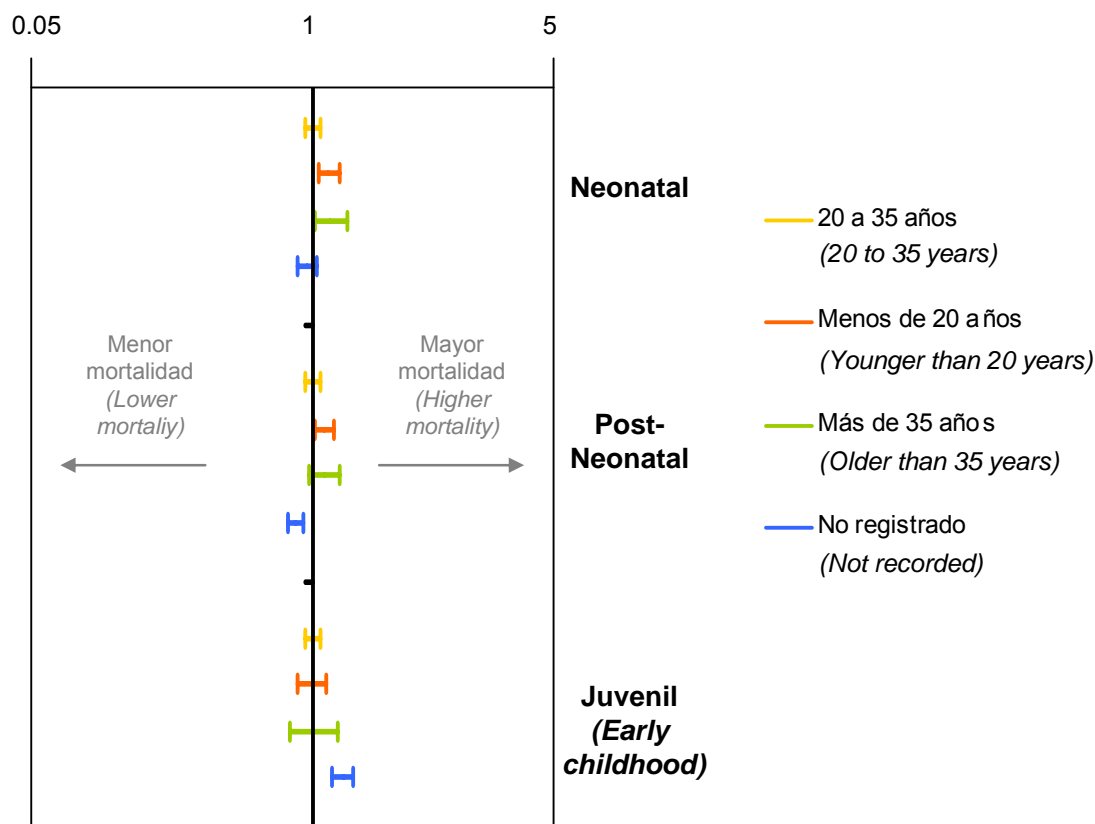
En cualquier caso, si se realiza el modelo completo conservando la edad en lugar del origen, la relación establecida no altera sensiblemente el análisis univariado.

⁹⁷¹ KOK, VAN POPPEL, y KRUSE: “Mortality among Illegitimate Children in Mid-Nineteenth-Century The Hague”, pág.207.

⁹⁷² ORIS, DEROSAS, y BRESCHI: “Infant and Child Mortality”, pág.376.

Gráfico 9.7. Diferencias en la probabilidad de morir para aquellos niños abandonados a través de la Maternidad en función de la edad de la madre.

[Graph 9.7. Differences in the probability of dying for those children abandoned through the Maternity Hospital by mother's age].



Regresión univariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil-. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -20 a 35 años-. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Univariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Logarithmic scale. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category -20 to 35 years-. Source: ARCM. Own elaboration].

9.2.5. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE EN LOS NIÑOS ABANDONADOS POR OTROS ORÍGENES

Dada la ausencia de información suficiente sobre edad u origen de la madre para aquellos niños abandonados a través de Otros Orígenes, hemos obtenido un indicador de la información adicional de la madre (además de la información sobre estado civil y nombre que se ha utilizado para derivar la legitimidad). Esta información, a diferencia de las dos anteriores, no trata de capturar efectos biológicos o sociales, sino que pretende recoger la intencionalidad de recogida o el total desinterés sobre la vida futura del expósito. Aunque no existen precedentes específicos para esta variable, se ha documentado la correlación entre la falta de datos sobre el padre en el caso de madres solteras y una mayor mortalidad de su descendencia, sugiriendo que la decisión de omitir determinada información en el acto registral tiene connotaciones sobre el tipo de vida que se ha llevado y puede tener poder explicativo sobre las expectativas futuras⁹⁷³.

⁹⁷³ GAUDINO, J. A.: "No father's names: a risk factor for infant mortality in the State of Georgia, USA" en *Social Science & Medicine* nº 48, 1999.

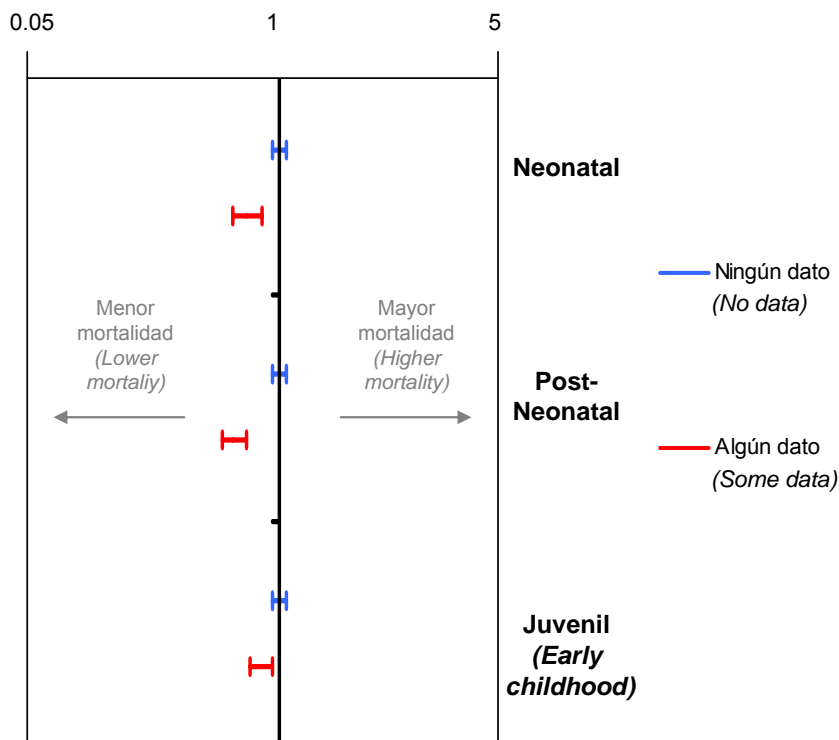
Por tanto, hemos propuesto tratar esa variable como representativa de esa intencionalidad.

En nuestro contexto, reportar algún tipo de datos podría relacionarse con una cierta preocupación por el futuro del niño ya que los datos identificativos permitirían la recogida futura que, aunque no planeada deliberadamente, se contemplaba como factible. La omisión de cualquier tipo de datos personales de la madre, por otro lado, implicaría una total falta de expectativas de recogida y, posiblemente, desinterés en la vida del niño. En este caso, sería esperable que a un desinterés en el abandono, le hubiera precedido cierto desinterés (e incluso descuido) en el periodo de embarazo, por lo que sería esperable encontrar una mortalidad negativa.

En el gráfico 9.8 se ha representado las diferencias de mortalidad en función de esta variable, sugiriendo el valor predictivo sobre la mortalidad e indicativo de las condiciones de vida anteriores: la inclusión de información de la madre implicaba una mejor mortalidad de los expósitos.

Gráfico 9.8. Diferencias en la probabilidad de morir para aquellos niños abandonados a través de Otros Orígenes en función de la información dejada por la madre.

[Graph 9.8. Differences in the probability of dying for those children abandoned through Other Origins by information left by mothers].



Regresión univariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil-. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -ningún dato-. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Univariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Logarithmic scale. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category -no data-. Source: ARCM. Own elaboration].

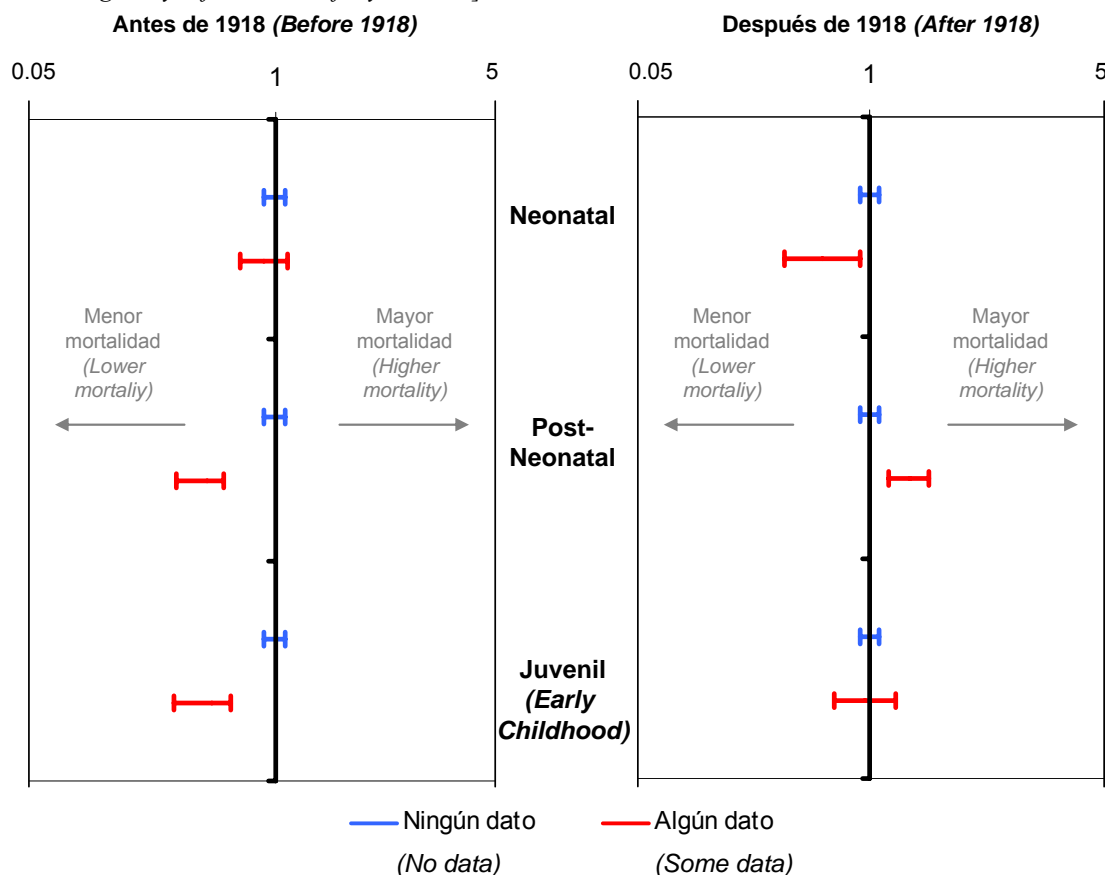
Como ocurría con los anteriores factores, su efecto cambia sensiblemente tras el ajuste, particularmente en función del periodo cronológico. En el gráfico 9.9 se observa

que en el régimen de mortalidad elevada típico del primer periodo, la diferencia en la mortalidad relacionada con la información personal dejada por la madre tenía efectos significativos a partir del primer mes de vida, reduciendo la mortalidad en casi un 30%. En el periodo posterior a 1918, no obstante, el efecto agregado de la variable dejaba de tener importancia ya que producía una temprana ventaja durante el periodo neonatal que, por compensación, se cancelaba en el periodo post-neonatal.

Posiblemente el descenso de la mortalidad hizo que estas diferencias se redujeran. Además, a partir de 1929 la cantidad de niños que se dejaban sin ninguna información se redujo sensiblemente dada la abolición del torno y la necesaria inscripción de los niños en la Oficina de admisión (aunque sólo se inscribían los datos que la madre quería), contribuyendo a la falta de diferencia entre los niños.

Gráfico 9.9. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir para aquellos abandonados por Otros Orígenes en función de la información dejada por la madre.

[Graph 9.9. Differences in the probability of dying according for those children abandoned through Other Origins by information left by mothers].



Regresión multivariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los tres intervalos de edad -neonatal, post-neonatal y juvenil- y para dos periodos (pre y post 1918). Controlado por: legitimidad, sexo, estación de nacimiento, envío a lactar y presencia en el intervalo anterior. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -ninguna información- Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Controlled by legitimacy, sex, birth season, placed in the countryside and presence in previous interval. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category -no data-. Source: ARCM. Own elaboration].

Después de este análisis, podemos esbozar una serie de conclusiones sobre la evolución de los efectos familiares en la mortalidad expósita a lo largo de la vida de los niños en la institución y fuera de ella.

En primer lugar, hemos documentado la igualdad de probabilidades de supervivencia de los expósitos en función de la filiación e incluso una cierta ventaja de los ilegítimos, contradiciendo la mayor parte de la literatura, pero que se explica a través de la selección por salud de las mujeres que recurrían a la Inclusa.

En segundo lugar, hemos documentado que sí existían algunas características de las madres que afectaban la supervivencia de sus hijos. Para el caso de la Maternidad, el origen de la madre determinaba la probabilidad de morir aunque el componente específico que la mejor salud de partida o el efecto de la forma de asentarse en la ciudad (nativa, migrante de corta distancia y migrante de larga distancia) no puede aclararse del todo. Aunque no podamos inferir la existencia de una mejor salud inmigrante a través de este resultado, está claro que muestra la existencia de una situación extremadamente vulnerable para las mujeres de la ciudad que recurrían a la Inclusa así como la de aquellas provenientes de las provincias aledañas. Para el caso de los Otros Orígenes, hemos encontrado que el reporte voluntario de información personal sobre la madre sí tenía un efecto positivo sobre la salud.

En tercer lugar, las dos conclusiones anteriores nos permiten afirmar que tenemos evidencias suficientes para afirmar que las características con las que los niños eran abandonados eran importantes en determinar su mortalidad al principio de su vida institucionalizada y que la Inclusa no lograba actuar como nivelador total de las probabilidades de muerte de los expósitos (tanto para los niños de Maternidad como para los abandonados por Otros Orígenes). Los efectos modificadores en la mortalidad infantil operados por estas variables no tenían efectos duraderos y sólo ofrecían protección/riesgo incrementado en el periodo neonatal y post-neonatal y, raramente, en el juvenil.

En cuarto lugar, hemos observado un cambio en el peso de esos factores en la mortalidad expósita, reduciéndose conforme se reducía la mortalidad general en la institución.

En quinto lugar, podemos decir que en la comparación del comportamiento demográfico de los expósitos con el de la población general, la selección poblacional producida por el abandono hace que las relaciones encontradas no respondan necesariamente al patrón general y estén afectadas por la decisión de las mujeres de abandonar en la Inclusa. En esa comparación y en la búsqueda de los elementos que permitan comprender los parámetros de los recursos a la Inclusa diferenciales, estos análisis han permitido afinar la complejidad de la experiencia de la mortalidad expósita.

9.3. DESTINOS COMPARTIDOS: MÁS ALLÁ DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES EN LOS EFECTOS FAMILIARES

Una vez descrita la existencia de efectos familiares en la población expósita, es importante no detenerse exclusivamente en la constatación de que las probabilidades de supervivencia que modificaban la acción supuestamente niveladora de la mortalidad de

las instituciones. La demografía, al estudiar la mortalidad infantil, una vez identificados los principales determinantes de la mortalidad infantil relacionados con las familias, ha buscado explicar el resto de esa mortalidad infantil que aun se debe al ámbito de la familia pero que se resisten a la cuantificación.

Los médicos del siglo XIX y principios del XX en numerosas ocasiones constataban el hecho de que las defunciones infantiles se concentraban en familias. Y la historiografía contemporánea ha constatado precisamente que las defunciones infantiles y juveniles no se distribuyen aleatoriamente entre todos los estratos de la población ni dentro de un estrato específico sino que se concentran en un reducido número de familias, de modo que un pequeño número de ellas recogen la mayor parte de todas las defunciones en la infancia⁹⁷⁴. Incluso cuando se pueden incluir un gran número de variables explicativas para estudiar la mortalidad infantil, la experiencia de mortalidad de los hermanos tiene mucho más en común que con cualquier otro niño. Una serie de explicaciones biológicas, socioeconómicas (incluyendo tratamiento prenatal y neonatal) y medioambientales (el ambiente físico y familiar), ninguna de ellas es capaz de explicar esta variación⁹⁷⁵.

Por tanto, continuar nuestra investigación de las consecuencias del ambiente y características familiares en los expósitos abordando el caso de los grupos de hermanos se presenta como el paso lógico. Abordar este estudio para la población expósita puede parecer aventurado por la especificidad descrita de la población expósita pero precisamente utilizar este marco interpretativo con esta población ofrece la oportunidad de cumplir dos objetivos en el mismo análisis: por un lado, profundizar en los efectos maternos (familiares) ya descritos, continuando con la temática de análisis del epígrafe anterior y, por otro lado, aportar una evidencia más a la literatura general de los efectos familiares en la mortalidad infantil, con un caso extremo⁹⁷⁶.

En esta última sección, en primer lugar, hemos esbozado las explicaciones propuestas por la historiografía reciente al hilo de este debate; y para responder a la pregunta de si se encuentran este mismo tipo de efectos familiares entre la población expósita, hemos escrito brevemente las características específicas de la mortalidad de hermanos y hemos comprobado hasta qué punto compartían un destino, una vez ingresados en la Inclusa.

⁹⁷⁴ BENGTTSSON, T. y DRIBE, M.: "Quantifying the Family Effect in Infant and Child Mortality using Median Hazard Ratios (MHR). The Case of Rural Sweden, 1766-1895" en *Historical Methods* nº 43, 2010; BIDEAU, A.: "Variables familiales de la mortalité infantile" en IMHOF, A. E. (Ed.), *Les Hommes et la santé dans l'histoire. Mensch und Gesundheit in der Geschichte*, Matthiesen Verlag, Husum, 1981; BROSTRÖM, G., BRÄNDSTRÖM, A., y LARS-AKE, P.: "the impact of feeding patterns on infant mortality in a nineteenth century Swedish parish" en *Journal of Tropical Pediatrics* nº 30, 1984; EDVINSSON, S. et al.: "High-risk families: The unequal distribution of infant mortality in nineteenth-century Sweden." en *Population Studies* nº 59 (3), 2005; y LYNCH, K. A. y GREENHOUSE, J. B.: "Risk Factors for Infant Mortality in Nineteenth-Century Sweden" en *Population Studies* nº 48 (1), 1994.

⁹⁷⁵ GUO, G.: "Use of Sibling Data to Estimate Family Mortality Effects in Guatemala" en *Demography* nº 30 (1), 1993.

⁹⁷⁶ Distintas versiones de estos resultados han sido presentadas en el encuentro internacional *International Workshop on Death Clustering*, Umea, Suecia, 22-23 Octubre, 2010.

9.3.1. CONCENTRACIÓN DE DEFUNCIONES INFANTILES Y FAMILIA: EL CASO DE LA INCLUSA

Desde que Das Gupta constatarla la existencia de la concentración familiar de muertes infantiles (*infant death clustering*) en el Punjab contemporáneo en 1990⁹⁷⁷, muchos otros trabajos han retomado este tema, buscando la existencia, y encontrando, el fenómeno en otras localizaciones tanto históricas como contemporáneas. Particularmente, la experiencia histórica europea ha encontrado esta desigual distribución de la mortalidad en distintos lugares. Varios autores simplemente han resaltado la importancia de los factores familiares en estas diferencias, como Millward y Bell o Woods⁹⁷⁸. Otros han ofrecido estimaciones concretas de la sobremortalidad de algunas familias: cerca del 18% de las familias de los pueblos franceses durante el siglo XVIII y XIX habían perdido más del 50% de sus hijos⁹⁷⁹, en las regiones de Sundsvall and Skelleftea (Suecia) el 10% de las familias era responsable del 50% de las defunciones⁹⁸⁰. Otros han subrayado la importancia de la mortalidad de los hermanos anteriores en las probabilidades de supervivencia de los siguientes⁹⁸¹.

Las primeras investigaciones trataron de estudiar precisamente este último aspecto, la mortalidad individual de un niño con respecto a los de los hermanos precedentes pero poco después el foco de atención se trasladó de la mortalidad de los niños al nivel de las familias, que era la unidad donde se producía la concentración. Las aportaciones más significativas en los últimos años han sido aquellas en las que se han combinado los dos niveles en la explicación. Bengtsson y Dribe han mostrado que los efectos intra-familiares eran mucho más grandes que cualquiera de los factores estudiados hasta ese momento, como el estatus socioeconómico⁹⁸². Es decir, que pertenecer a una familia u otra era mucho más importante para explicar la experiencia de mortalidad de un grupo de hermanos que cualquier otra variable.

La explicación ha estado centrada en entender los mecanismos específicos de intervención de la familia en la ocurrencia de este fenómeno pero, por el momento, la empresa ha sido infructuosa. Aunque la composición genética compartida se ha propuesto como la responsable de gran parte del parecido entre las experiencias de hermanos, el hecho de que la correlación de experiencias se extienda más allá de la infancia y afecta a otras dimensiones de la salud (bajo peso al nacer, elevada longevidad, estatura, etc.)⁹⁸³ sugiere que la intervención de la familia (a través de las

⁹⁷⁷ DAS GUPTA: "Death Clustering, Mothers' Education and the Determinants of Child Mortality in Rural Punjab, India".

⁹⁷⁸ MILLWARD, R. y BELL, F.: "Infant Mortality in Victorian Britain: The Mother as a Medium" en *The Economic History Review* n° 54 (4), 2001; y WOODS, R. y SHELTON, N.: "Disease Environments in Victorian England and Wales" en *Historical Methods* n° 33 (2), 2000.

⁹⁷⁹ BIDEAU, A.: "Variables familiares de la mortalité infantile" en IMHOF, A. E. (Ed.), *Les Hommes et la santé dans l'histoire. Mensch und Gesundheit in der Geschichte*, Matthiesen Verlag, Husum, 1981.

⁹⁸⁰ EDVINSSON, S. et al.: "High-risk families: The unequal distribution of infant mortality in nineteenth-century Sweden." en *Population Studies* n° 59 (3), 2005.

⁹⁸¹ LYNCH y GREENHOUSE: "Risk Factors for Infant Mortality in Nineteenth-Century Sweden"; y ORIS, DEROSAS, y BRESCHI: "Infant and Child Mortality".

⁹⁸² BENGTSSON y DRIBE: "Quantifying the Family Effect in Infant and Child Mortality using Median Hazard Ratios (MHR). The Case of Rural Sweden, 1766-1895".

⁹⁸³ PERLS, T. T. et al.: "Life-Long Sustained Mortality Advantage of Siblings of Centenarians" en *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America* n° 99 (12), 2002; MELVE, K. K. y SKJAERVEN, R.: "Birthweight and perinatal mortality: paradoxes, social class, and sibling dependencies" en *International Epidemiological Association* n° 32, 2003; y ALTER, G. y ORIS,

prácticas pero también de las actitudes) también debe ser tenida en cuenta. Así, se han sugerido los cuidados prenatales y post-natales, prácticas de lactancia, prácticas higiénicas y medioambiente patológico que actuaban secuencialmente a los factores biológico-genéticos, haciendo difícil diferenciar sus efectos respectivos.

En este sentido, el uso de la información de la Inclusa ofrece un marco muy útil. El contar con un importante porcentaje de expósitos abandonados desde el nacimiento (los nacidos en Maternidad) sometidos al mismo régimen alimenticio y de tratamiento permite eliminar las pautas diferenciales de cuidado y lactancia del grupo de factores responsables de la correlación de destinos. Además, el contar con otro grupo de expósitos admitidos tras haber cumplido el año (entre los abandonados por Otros Orígenes) permite analizar si se encontraba este mismo tipo de correlación entre aquellos que habían permanecido un tiempo con sus familias (es decir, una muestra de niños criados con sus madres). En ambos casos, la comprobación de la existencia de la correlación en un régimen de elevadísima mortalidad como el de la Inclusa supone que, de encontrarse, se trataría de efectos realmente fuertes.

Pese a la potencialidad del análisis, entre las limitaciones de esta aproximación, hay que mencionar tres aspectos que deben ser tenidos en cuenta. En primer lugar, es posible que la ausencia de algunas de las variables generalmente usadas como medidas objetivas de la familia que se han mencionado en el gráfico de determinantes (como la información sobre ocupación, estatus socioeconómico) sobreestime ligeramente la relación dado que se ha demostrado que la correlación no explicada entre los destinos de los expósitos disminuye con su introducción⁹⁸⁴. En segundo lugar, tenemos que tratar hermanastros y hermanos como hermanos de forma genérica. No contamos con información del padre (en suficiente medida) ni con la historia reproductiva de la mujer por lo que no se puede establecer el orden de nacimiento, lo que nos lleva a hablar exclusivamente de grupos de hermanos abandonados y de orden de abandono. En tercer lugar, existiría un posible tratamiento diferencial por las nodrizas.

Estas limitaciones no invalidan nuestra aproximación dado que, por un lado la historiografía ha encontrado la correlación independientemente del número de variables introducidas; y, por otro lado, se ha comprobado que la relación entre las defunciones de hermanos no necesariamente sigue la progresión del orden de nacimiento. Finalmente, aunque existiera un tratamiento diferencial por las nodrizas, esta selección se produciría en función de razones como la salud de los niños y no en función de su pertenencia a un grupo de hermanos.

Para comprobar la existencia de este fenómeno hemos llevado a cabo un proceso en dos fases que se expondrá en las dos siguientes secciones. En primer lugar hemos tratado de responder a la pregunta de si los grupos de hermanos abandonados corrían la misma suerte que los abandonos únicos. Y, en un segundo lugar, hemos tratado de responder a la pregunta de si existían destinos compartidos entre los grupos de hermanos abandonados.

La metodología utilizada ha sido similar a la empleada en el epígrafe anterior y, por motivos de simplicidad, omitiremos la relación y descripción del potencial

M.: "Effects of inheritance and Environment on the Height of Brothers in the Nineteenth-century Belgium" en *Human Nature* nº 19 (1), 2008.

⁹⁸⁴ GUO: "Use of Sibling Data to Estimate Family Mortality Effects in Guatemala".

explicativo de las variables y distintos efectos a excepción del objetivo particular que buscamos. Los únicos cambios con respecto a los modelos del apartado anterior son la simplificación del análisis a los intervalos infantil y juvenil y la utilización conjunta de todo el periodo por cuestiones de tamaño muestral y coherencia de las trayectorias. No obstante, confiamos en que estas decisiones no han alterado la validez de nuestros resultados⁹⁸⁵.

9.3.2 LOS GRUPOS DE HERMANOS Y LA MORTALIDAD EXPÓSITA

Como ya hemos visto en el capítulo 5, no existían diferencias de importancia entre los niños abandonados en grupos de hermanos y los abandonos únicos. Salvo una cierta tendencia a la mayor presencia masculina y el predominio ilegítimo y de madres inmigrantes. Tanto para los niños mayores de un año como para los menores, las características de entrada no parecían diferenciarlos. Por tanto, de existir diferencias en su experiencia de mortalidad, se deberían al hecho de su pertenencia a un abandono conjunto (sea consecutivo o simultáneo) y no a una diferencia en efectos de composición (predominio de grupos de riesgo).

Las diferencias esperables en el caso de abandono conjunto apuntan, en general, hacia una mayor mortalidad para los grupos de hermanos, que podría provenir de varias fuentes. Un mayor nivel de indiferencia maternal durante el embarazo (e incluso interferencia) podría ser característico de las mujeres recurriendo de manera sistemática a la institución para disponer de los hijos no deseados. Para el caso de los niños más mayores, podría hipotetizarse que el shock familiar que propició el abandono podría tener consecuencias a largo plazo en la salud del grupo de hermanos. La enfermedad de los progenitores que provocaba el abandono podría ser indicativa de unas circunstancias de higiene que, sin producir la muerte de los niños, comprometía su salud futura. O una recurrente penuria económica en la que la solución final implicó el abandono podría haber dejado una huella de deficiencias nutricionales en los hermanos, que llevarían consigo a la institución, haciéndolos compartir una excesiva vulnerabilidad a las difíciles circunstancias de la institución.

Entre los grupos de hermanos, es preciso detenerse sobre los riesgos específicos a que estaban expuestos los gemelos, dado que se trata de un riesgo biológico propio de cualquier población. Incluso hoy en día la mortalidad asociada a los partos múltiples es mucho más elevada que la de los sencillos y se debe a una serie de riesgos asociados al embarazo múltiple, como son el bajo peso al nacer, la prematuridad, las dificultades en el parto, etc.⁹⁸⁶

En realidad, los casos de gemelos nacidos en la Maternidad no eran estrictamente abandonos de grupos de hermanos y no eran diferentes, en concepto, de los abandonos únicos pero los hemos incluido entre éstos porque este tipo de niños es

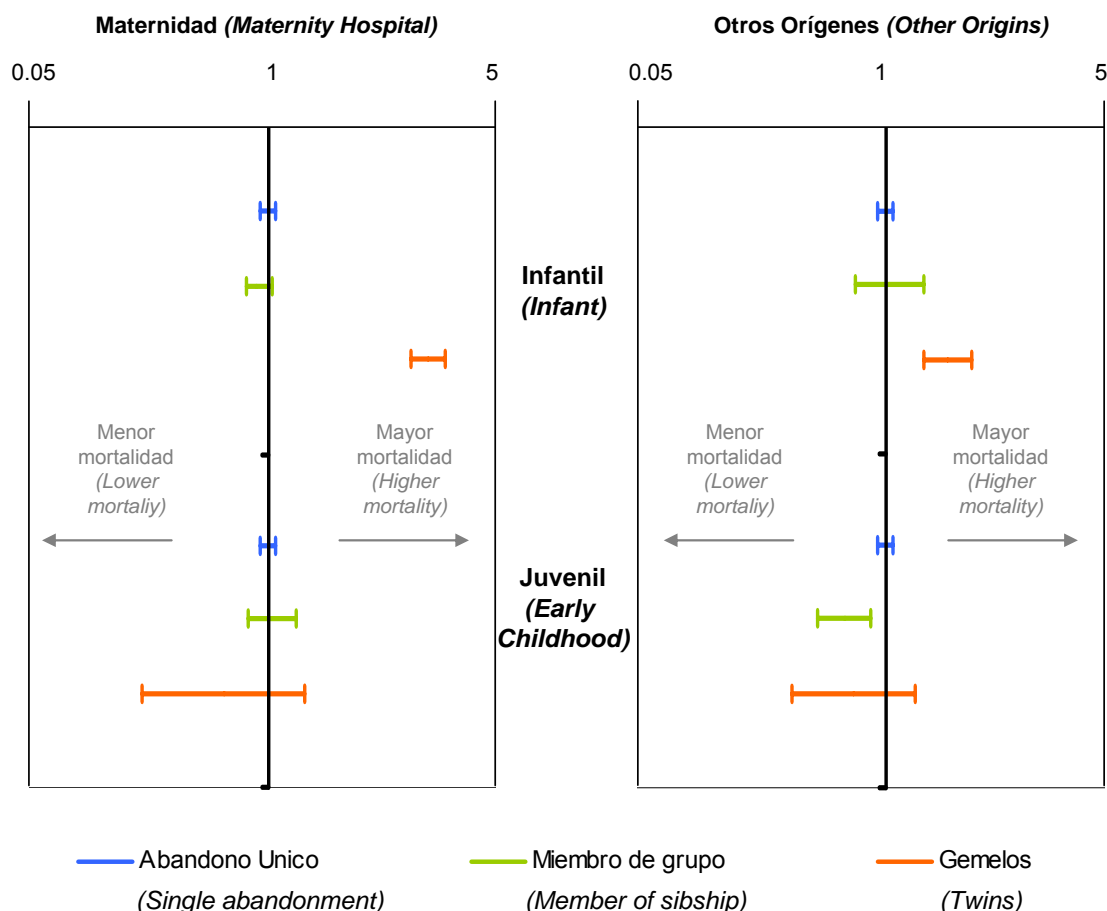
⁹⁸⁵ Por un lado, la división en neonatal/post-neonatal podía producir la ruptura del grupo de hermanos si la muerte de uno de los hermanos se producía en el periodo neonatal y la del siguiente en el periodo post-neonatal. Lo mismo ocurre con el periodo juvenil pero, en general, suele haber una tendencia a la correlación de defunciones en los mismos intervalos por lo que eso no supone grandes problemas. Por otro lado, dado que estamos buscando un efecto subyacente muy fuerte documentado en todo tipo de contextos, nuestra asunción es que su efecto no sería afectado necesariamente por el descenso de la mortalidad.

⁹⁸⁶ GUO y GRUMMER-STRAWN: "Child Mortality Among Twins in Less Developed Countries".

muy útil a la hora de estudiar los factores familiares. Para evitar que el riesgo meramente biológico del parto múltiple se mezcle con la pertenencia estricta a un grupo familiar hemos diferenciado esas dos distintas posibilidades.

Gráfico 9.10. Diferencias ajustadas en la probabilidad de morir en función de la pertenencia a un grupo de hermanos.

[Graph 9.9. Differences in the probability of dying according to membership to a sibship].



Regresión multivariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los dos intervalos de edad -infantil y juvenil- y para los dos orígenes. Controlado por: legitimidad, sexo, estación de nacimiento, envío a lactar y presencia en el intervalo anterior. Escala logarítmica. Los remates de las barras representan los intervalos de confianza al $\pm 95\%$ -a la izquierda al la derecha-. Las barras que incluyen el 1 entre su rango no muestran diferencias significativas con la categoría de referencia -ninguna información- Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for three age intervals -neonatal, post-neonatal and early childhood-. Bars edges show $\pm 95\%$ confidence intervals -left and right-. Controlled by legitimacy, sex, birth season placed in the countryside and presence in previous interval. Bars including 1 within their range do not show statistical differences for the category in comparison with the reference category -no data-. Source: ARCM. Own elaboration].

En el gráfico 9.10 se muestran las diferencias entre los abandonos únicos, los niños pertenecientes a un grupo de hermanos y aquellos que pertenecían a un grupo de gemelos⁹⁸⁷. Claramente, las barras que representan a los gemelos secundan la tendencia general que describíamos más arriba. Existe una clara sobremortalidad de gemelos cuando se comparan con los abandonos únicos pero ésta era mucho mayor para aquellos abandonados a través de Otros Orígenes (un 45%) que para aquellos nacidos en la Maternidad, donde era de casi el triple. La diferencia entre estos dos orígenes se puede deber a tres razones. Por un lado, el excelente registro de la mortalidad en la Casa de

⁹⁸⁷ El modelo completo con todas las variables de control se reproduce en el gráfico F.3 del anexo.

Maternidad, donde se recogían todas las defunciones, incluso las de antes de las 24 horas. Mientras, de todos los grupos de gemelos destinados a ser abandonados, sólo registramos aquellos que sobrevivieron hasta ser abandonado. Por otro lado, es posible que haya una sobre-representación de partos problemáticos. Y, finalmente, entre los niños abandonados a través de Otros Orígenes no se capturan todos los que podían haber pertenecido a un grupo de gemelos ya que, si se producía la defunción de uno de ellos antes del abandono, el registro del gemelo superviviente no llevaría esta información.

Respecto a la pertenencia al grupo de hermanos *per se*, no se encuentra ninguna evidencia de los mecanismos de empeoramiento de la mortalidad que sugeríamos y, por el contrario, aparece un efecto beneficioso del abandono como parte de un grupo. En primer lugar, para la Casa de Maternidad sólo se observa una ventaja muy ligera para los niños abandonados dentro de grupos familiares. Dado que estos casos son abandonos consecutivos que se producían tras el nacimiento, es difícil encontrar una explicación a este fenómeno. No se trataba de efectos selectivos ni de un tratamiento diferencial a estos niños porque lo más probable era que el personal de la Inclusa no fuera consciente de que eran hermanos o hermanastros, así que parece que la explicación podría residir en una mejor salud, comparativa, de aquellas madres sistemáticamente recurriendo al abandono de sus hijos que la media de las madres que recurrían a la Maternidad. Tras la ventaja inicial, que desaparecía tras el primer mes de permanencia⁹⁸⁸ en la institución, ningún tipo de ventaja o desventaja aparece para ese colectivo durante su trayectoria en la institución.

En el caso de los niños abandonados a través de Otros Orígenes, el abandono de más de un grupo de hermanos no tenía efectos perjudiciales pero se observa un efecto beneficioso en el periodo juvenil. Éste responde a la experiencia de mortalidad de los niños que se incorporaban a la institución con más de un año de vida y tiene una explicación en la selección por salud de esos niños. Dada la elevada mortalidad infantil tanto en Madrid como en toda la España interior durante todo el periodo, un grupo de hermanos que alcanzaba al menos 1 año de edad era un grupo “saludable” (quizá procedente de una familia o ambiente beneficioso) y, aparentemente, eso otorgaba una ventaja en salud con respecto a aquellos ingresados en solitario (también a partir del año).

9.3.3. ¿EXISTÍAN DESTINOS COMPARTIDOS ENTRE LOS MIEMBROS DE UN GRUPO DE HERMANOS?

Pese a que veamos que había ciertos efectos que beneficiaban la salud de los miembros de grupos de hermanos con respecto al resto de expósitos, sugiriendo ciertos efectos beneficiosos relacionados necesariamente con la salud materna, aún es necesario abordar directamente la experiencia familiar para obtener una medida que nos permita responder a las preguntas que nos hacíamos en un principio. De forma general nos preguntamos, ¿existen destinos comunes? pero de manera específica se pueden plantear otras: ¿existía una correlación de destinos entre la experiencia de mortalidad de los expósitos cuando eran expuestos a un régimen de lactancia no materno?, ¿permanecía ese efecto a lo largo de toda la infancia o desaparecía por el impacto de la mortalidad

⁹⁸⁸ Revelado por el análisis particular para el periodo post-neonatal, que no se muestra por razones de simplicidad.

institucional? y, finalmente, ¿se advierte también la permanencia de estos factores en aquellos niños que se incorporaban más tarde?

Para responder a ellas en primer lugar es importante examinar la experiencia de mortalidad de los expósitos independientemente del resto de niños abandonados. Así, en la tabla 9.1 se resume la mortalidad por tamaño de grupo de hermanos. Como se aprecia claramente, el número de grupos de hermanos con más de cuatro miembros es muy reducido por lo que su experiencia no es generalizable (celdas sombreadas en gris en la tabla). Entre los grupos con menos miembros, el grupo más importante es el compuesto por dos miembros, que supone el 85% del total. Uno de los argumentos a favor de la concentración de la mortalidad en una serie de familias específicas sería encontrar un número extremado de casos con elevada mortalidad o con escasa mortalidad. No obstante, en función de esta tabla no puede inferirse ningún patrón claro: parece que existe mayor mortalidad entre los grupos de dos hermanos de la que debería (los casos con dos muertes de dos nacimientos son mucho mayores que las esperadas) pero en los demás casos, el escaso número de individuos y el hecho de que algunos niños pudieran ser recuperados por sus madres puede estar afectando las cifras, que no sugieren la existencia de este tipo de concentración.

Igual que hemos insistido en que las medidas clásicas (descriptivas o multivariantes) no permiten recoger la experiencia de los expósitos de manera adecuada por su incapacidad de recoger la estructura longitudinal de los datos, hemos realizado el análisis siguiendo la misma metodología que hemos utilizado hasta el momento.

Tabla 9.1. Número de defunciones según el número de hermanos en cada grupo.

[Table 9.1. Number of deaths according to number of siblings per sibship].

Nº de hermanos (nr. of siblings)	Número de defunciones (No. of deaths)					
	0	1	2	3	4	Total
2	424	442	500			1366
	31,04%	32,36%	36,6%			100%
3	48	67	48	29		192
	25%	34,9%	25%	15,1%		100%
4	10	7	5	8	2	32
	31,25%	21,88%	15,63%	25%	6,25%	100%
5	3	0	1	1	0	5
	60%	0%	20%	20%	0%	100%
6	0	0	1	0	1	2
	0%	0%	50%	0%	50%	100%
Total	485	516	555	38	3	1597
	30,37%	32,31%	34,75%	2,38%	0,19%	100%

Sólo se han considerado las defunciones de menores de 5 años. Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Considering only deaths younger than 5 years. Source: ARCM. Own elaboration].

Dado que en el epígrafe anterior ya hemos agotado las variables “objetivas” para medir el impacto de las características familiares, al tratar de capturar un efecto más allá de estas características específicas de las madres requiere la inclusión de una extensión de la metodología utilizada. Esta extensión supone la introducción en el análisis del subgrupo de hermanos de un término que capture la variabilidad entre grupos. La correlación entre los destinos de todos los grupos de hermanos es comparada (es decir, si es más probable que el segundo miembro de un grupo muera dado que el primero

muere) y, en función de su agregación de éstas, se calcula la variabilidad entre los grupos. Si esta es igual a 0, quiere decir que todos los niños tenían las mismas probabilidades de morir, independientemente de su pertenencia a un grupo familiar específico. Sin embargo, si es diferente de cero, implica que existe una relación entre los destinos de los hermanos por lo que habría familias de hermanos con unas probabilidades de morir mayores que las de otros, sólo por el hecho de pertenecer a una familia específica⁹⁸⁹.

Tabla 9.2. Efectos familiares subyacentes en la mortalidad de los expósitos según origen. Odds Ratios.

[Table 9.2. Underlying family effects in foundling mortality according to origin. Odds ratios].

	Otros Orígenes (Other Origins)	Maternidad (Maternity Hospital)
Infantil (<i>Infant</i>)	0,43 a 2,32	0,53 a 1,91
Confianza (<i>confidence</i>)	100%	100%
Juvenil (<i>Early childhood</i>)	0,42 a 2,40	1
Confianza (<i>Confidence</i>)	100%	50%

Regresión multivariante. Modelos de Cox para riesgos proporcionales ajustados individualmente cada uno de los dos intervalos de edad -infantil y juvenil- y para los dos orígenes. Controlado por: legitimidad, sexo, estación de nacimiento, envío a lactar y presencia en el intervalo anterior. El umbral máximo del odds Ratio se ha calculado a partir de la variabilidad mediante la fórmula $OR_{max} = \exp(\sqrt{\theta})$ siguiendo Pankrat et al 2005:101. El umbral inferior se ha calculado $OR_{min} = 1/ OR_{max}$. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Multivariate regression. Cox model for proportional hazards adjusted individually for two age intervals -infant and early childhood- and the two origins. Controlled by legitimacy, sex, birth season, placed in the countryside and presence in previous interval. Odds ratio upper bound computed from the estimated variability using the formula $OR_{max} = \exp(\sqrt{\theta})$ following Pankrat et al 2005:101. Lower bound computed $OR_{min} = 1/ OR_{max}$. Source: ARCM. Own elaboration].

En la tabla 9.2 se ha repetido el análisis realizado en el epígrafe anterior (incluyendo la información disponible sobre la madre) y se ha añadido el término para capturar la variabilidad familiar. En el periodo infantil, se puede observar que la existencia del término es significativa en el periodo infantil tanto para aquellos abandonados a través de la Maternidad como para aquellos depositados a través de Otros Orígenes. Eso quiere decir que, en un régimen en el que el periodo de lactancia no fue común para los grupos de hermanos, existía una relación entre los destinos de los hermanos, es decir, que si uno moría, el otro tenía mayores probabilidades de morir que cualquier otro expósito y, por lo tanto, había madres abandonando niños con mayor probabilidad de que sus hijos murieran. La tabla nos permite cuantificar esta relación, estableciendo que, por ejemplo, para el caso de Maternidad, el riesgo de los grupos de hermanos era como media casi el doble o casi la mitad que el riesgo general. Esto quiere decir que, si el riesgo de morir agregando todas las experiencias era, por ejemplo, del 40%, el de algunas familias específicas sería de casi el doble y el de otras sería de casi

⁹⁸⁹ En términos estadísticos, se ha introducido lo que se conoce como un *random term* con una distribución gamma, que es una de las parametrizaciones más utilizadas en la historiografía. El resultado de los análisis es un parámetro de variabilidad, (θ). Para una descripción más completa de las implicaciones de esta metodología y su interpretación, ver GUO: "Use of Sibling Data to Estimate Family Mortality Effects in Guatemala". Para una mayor facilidad de la interpretación, hemos convertido la variabilidad en *odds ratio*, siguiendo la propuesta de PANKRATZ, V. S., ANDRADE, M., y THERNEAU, T. M.: "Random-Effects Cox Proportional Hazards Model: General Variance Components Methods for Time-to-Event Data" en *Genetic Epidemiology* n° 28, 2005.

la mitad, sugiriendo la existencia clara de una agregación de muertes por familias. En el caso de los niños ingresados a través de Otros Orígenes, la dependencia era mayor, superando el doble (2.32) y menor que la mitad (0.43). Esto podría explicarse por la posible estancia de los niños durante un corto periodo de tiempo en el hogar familiar/lactados por la madre, lo que sería responsable de un incremento de la dependencia de sus destinos. Esta explicación es también generalizable a la experiencia de aquellos entrando con más de 28 días en la institución⁹⁹⁰.

En cuanto a la mortalidad juvenil, podemos describir con nuestro análisis dos tipos de trayectorias: las de aquellos niños abandonados desde el nacimiento y que pasaban su etapa juvenil en la institución junto con la de aquellos que ingresaban después del primer año de vida. Según la tabla, tanto los niños ingresados desde el principio de la vida a través de la Maternidad como de Otros Orígenes no mostraban ningún grado de agregación de las defunciones una vez alcanzado el periodo juvenil. Sin embargo, aquellos abandonados después del primer año de vida, sí que mostraban una cierta agregación de destinos. Parece evidente que, frente al elevado régimen de mortalidad de la institución, los efectos familiares subyacentes que provocaban los destinos compartidos tardaban el primer año de vida en ser cancelados y, tras ese punto, se perdía cualquier diferenciación de la mortalidad causada por la pertenencia a una familia específica. Sin embargo, para aquellos que entraban a partir de ese momento, habiendo sido criados en el hogar materno y habiendo acumulado los efectos pre-natales, la lactancia y el cuidado durante el primer año de vida, esos efectos estaban todavía presentes. Sería esperable, quizá, una elevación de esa dependencia dada la acumulación de factores específicos en los grupos de hermanos pero, según nuestros datos, el efecto era de las mismas dimensiones que el encontrado para el periodo infantil.

* * *

Entre todos los posibles determinantes de la mortalidad expósita, por tanto, este capítulo ha puesto al descubierto que los factores familiares cumplían un papel importante. Aunque variable a lo largo de la vida de los expósitos (ya que no documentamos los mismos efectos durante el primer año de vida y durante los cuatro siguientes), hemos encontrado un sorprendente número de instancias en las que características directamente atribuibles a las madres así como factores subyacentes que no pueden ser medidos tenían un impacto importante en la determinación de la salud expósita. Tras el capítulo 8 en el que las distintas medidas de la experiencia expósita sugerían que el abandono institucional producía un patrón de mortalidad único, relacionado con los factores de tratamiento y medioambiente propios de la institución, que elevaban la mortalidad a niveles pocas veces encontrados en la literatura, podemos poner en perspectiva esa imagen. No sólo los factores institucionales determinaban la mortalidad sino que los determinantes familiares, responsables en gran medida de la mortalidad infantil y juvenil en la población general, también participaban en la determinación de la vida expósita. Ya en 1918 los doctores Bravo y Alonso esgrimían que no todos los abandonados eran “hijos del vicio” y en otras ocasiones, distintos autores describían los distintos motivos y perfiles del abandono pero en ningún caso en los estudios de expósitos se había podido profundizar en ese estudio.

⁹⁹⁰ Hemos estimado el mismo modelo para el periodo post-neonatal con los mismos resultados.

A través de los análisis realizados, podemos afirmar que la experiencia institucional no nivelaba, al menos al principio, las probabilidades de morir de todos los expósitos pero que el efecto de esas características familiares no tenía necesariamente el mismo sentido y la misma interpretación que en la población general. Todo esto nos permite hacernos una idea mucho más compleja y rica de la experiencia de la mortalidad, no limitada

En resumen, podemos decir que este capítulo ha permitido identificar los factores familiares como aspectos relevantes para determinar la mortalidad de los niños admitidos a la Inclusa. Dada la elevada mortalidad de la institución, el ambiente patológico de la institución y el “efecto institucional” que minaban la salud infantil una vez admitidos, la presencia de estos factores, aunque por poco tiempo, pone de manifiesto la necesidad de prestar atención a las madres y familias en la explicación. Por tanto, la aportación de este capítulo radica en haber podido ir más allá de las explicaciones contemporáneas y de los análisis previos, sugiriendo mecanismos explicativos, pautas de comportamiento y explicaciones de los cambios experimentados en la Institución.

RESUMEN CAPÍTULO 9

Las posibilidades del análisis de las trayectorias de los expósitos no acaban con los análisis agregados de tendencias sino que se puede descender al análisis de los factores que, a nivel individual, estaban más asociados con su ocurrencia, como ya hemos hecho en el capítulo 7. En éste se han descrito el universo de factores que podían afectar a la mortalidad expósita y se han analizado en profundidad aquellos relacionados con las características maternas. Esto permite utilizar el gran corpus de evidencia sobre la población general como comparación y conocer hasta qué punto las instituciones democratizaban la mortalidad tras la admisión.

En la sección 9.1 hemos hecho una propuesta exploratoria de los determinantes de la mortalidad expósita para tener en cuenta, conceptualmente. Hemos tomando como punto de partida un conocido marco de referencia, el diagrama de Lalou para la mortalidad endógena (1997), y lo hemos ampliado con las evidencias aportadas por la historiografía de expósitos y sobre mortalidad infantil. En este marco hemos dividido los factores según los tres ambientes por los que podrían pasar los expósitos: el ambiente materno, las instalaciones de la Inclusa y la estancia en la casa de la nodriza en un área rural (gráfico 9.1). Para cada una de ellas, hemos descrito cómo actuaban los factores fundamentales implicados, que varían ligeramente: situación socioeconómica, factores socioculturales (alimentación y cuidado), tratamiento médico y ambiente patológico. Actuando sobre ellos, hemos situado la coyuntura económica y el desarrollo médico general. En este marco teórico, hemos destacado el papel de las características maternas a través del tiempo pasado en el hogar pero también en todo el periodo desde la concepción al parto a través de la salud propia madre y sus circunstancias.

A pesar de esta descripción del universo teórico de factores implicados, el resto del capítulo se ha centrado en estudiar sólo uno de ellos: las características maternas, que han sido el centro de nuestro discurso sobre las trayectorias expósitas. En la sección 9.2 hemos analizado el papel de las características de las madres a lo largo de la vida expósita. Hemos utilizado el análisis de historias de eventos (regresión de Cox) para estudiar las diferencias en la probabilidad de morir en función de esas características maternas (estado civil de la madre expresado en la legitimidad del niño; edad y naturaleza de la madre para aquellos niños abandonados a través de Maternidad; y alguna información dejada por la madre para aquellos abandonados a través de Otros Orígenes). Estos análisis se han realizado para los tres intervalos vitales generalmente estudiados por la demografía (neonatal, post-neonatal y juvenil); han sido controlados por otros factores relacionados con el niño y el abandono que podrían interferir en la estimación (sexo, edad de entrada, estación de abandono); y se han estimado para los dos periodos (antes y después de 1918) y orígenes principales por separado para evitar mezclar distintas experiencias de la mortalidad.

Podemos resaltar algunos resultados. En primer lugar, la filiación no muestra la sobremortalidad ilegítima generalmente encontrada que responde a la elevada vulnerabilidad social y económica de las mujeres solteras a la hora de hacer frente al embarazo, parto y crianza de su hijo. La explicación de nuestros resultados no debe relacionarse con una mejor situación de las mujeres solteras sino con una fuerte selección entre las mujeres casadas que acudían a abandonar a sus hijos a la Inclusa: sólo debían acudir aquellas en las situaciones más extremas de miseria, mala salud o

dificultades en el parto. Entre las solteras, se esperaría una extracción más amplia (gráficos 9.2-9.4)

En segundo lugar, entre los niños nacidos en la Maternidad, los hijos de madres madrileñas tenían una probabilidad de morir significativamente mayor que el resto y los hijos de migrantes procedentes de provincias lejanas tenían perspectivas significativamente mejores (gráficos 9.5 y 9.6). Posiblemente estas variaciones estaban muy relacionadas con las diferencias de proyectos migratorios según su cercanía a la ciudad. Entre los abandonados a través de Otros Orígenes, la presencia de información materna adicional hacía que las probabilidades de morir disminuyeran significativamente ya que quizá era una muestra de interés (gráficos 9.8 y 9.9).

En tercer lugar, se observa que estos efectos maternos sobre todo aparecían en los primeros momentos de estancia en la institución pero que las probabilidades de morir se igualaban por la fuerza de la mortalidad. Además, existió una importante variación cronológica, en casi todas las variables, con una disminución de los efectos observados, quizá relacionada con el descenso de la mortalidad (tabla F.1 y F.2).

Una vez explorada esta dimensión de las características maternas, la sección 9.3 ha profundizado un poco más allá en la aportación materna en la mortalidad expósita estudiando los grupos de hermanos encontrados. En la historiografía general, se ha encontrado que la mortalidad infantil y juvenil se concentraba en determinadas familias, aun controlando por las características mensurables de la madre, familia y hogar. Por razones biológicas o sociales, algunas familias tenían mejores o peores probabilidades de tener muertes en la infancia. Así, hemos tratado de estudiar en nuestro contexto la experiencia de los grupos de expósitos abandonados. Esto nos ha permitido cumplir dos objetivos: explorar hasta qué punto la mortalidad de los expósitos abandonados mostraba la misma correlación de la población general y eliminar uno de los mecanismos utilizados para explicar esta correlación de destinos (buena o mala lactancia y cuidado materno consistente para todos los hermanos).

Se han realizado análisis similares a los utilizados en la sección anterior, incluyendo la variable de pertenencia a un grupo de hermanos para estudiar si ser parte de un grupo de hermanos abandonados afectaba la mortalidad. En el periodo infantil, el único efecto observable es la sobremortalidad de los partos múltiples. En el periodo juvenil, existe una ventaja que se explica por la selección: si dos hermanos sobrevivían al año de vida, eso los hacía ser un grupo robusto (gráfico 9.10).

Se ha estudiado, posteriormente, el grado de dependencia de las defunciones de los expósitos en los periodos infantil y juvenil, observándose la asociación generalmente encontrada para la población general. Pertenecer a una familia u otra afectaba sensiblemente la probabilidad de supervivencia de los grupos de hermanos, es decir, la muerte de uno de los hermanos aumentaba la probabilidad de morir del otro. Esta relación se ve claramente en el tiempo inmediatamente posterior a ser abandonado en la Inclusa (fuera en el periodo infantil o juvenil). Pero, una vez más, el efecto desaparecía por la fuerza de la mortalidad institucional (tabla 9.1 y 9.2). Este resultado aporta evidencias en el debate sobre la agrupación de defunciones por familias. Sugiere que la lactancia y el cuidado materno no eran fundamentales en la concentración de defunciones ya que encontramos entre niños abandonados en el mismo momento del

nacimiento y que nunca fueron cuidados ni alimentados por sus madres los mismos resultados que para la población general.

Este capítulo ha mostrado que, pese a que la fuerza de la mortalidad institucional nivelaba las probabilidades de supervivencia de los expósitos, las características de las madres tenían un importante efecto en determinar la mortalidad de los niños. Al menos, sus efectos pueden observarse durante el tiempo inmediatamente posterior a la entrada. Algunos resultados contradicen la historiografía previa parecen contra-intuitivos pero es importante tener en cuenta que la población asistida sólo era admitida por una decisión voluntaria que implica un proceso selectivo de mala salud, pobreza y miseria.

SUMMARY CHAPTER 9

Possibilities of analysis on the foundlings' trajectories are not restricted to aggregated analysis of trends but it is possible to explore further the factors that, at the individual level, were more associated with the occurrence of a specific outcome, as we have already done in chapter 7. In this chapter we have described the universe of factors that may affect foundling mortality and we have analyzed in depth those linked to maternal characteristics. This allows us to have a large corpus of evidence in the general population to compare with and to let us know to what extent FHM levelled off mortality after admission.

In section 9.1 we have described an exploratory proposal to understand the determinants of foundling mortality in order to take into account, at least theoretically, all factors that could be at work. We have started with a well-known reference framework, Lalou's diagram for endogenous mortality (1997), and we have expanded it with evidence supplied by literature on foundlings and infant mortality. In this framework, we have divided factors according to the three geographical spaces that foundlings could spend time in: maternal household, FHM premises and stay in the rural wet nurse's household (graph 9.1). For each of them, we have described how the factors influenced, which varied slightly: socio-economic situation, sociocultural factors (feeding and care), medical treatment and pathological environment. Operating over them, we have placed economic context and medical development. In our theoretical framework, we have described how maternal characteristics operated not only through time they spent in the maternal household but from conception to delivery through maternal health and circumstances.

After explaining the whole theoretical universe, the rest of the chapter has restricted to analysis to study only a group of them: maternal characteristics, which have been the focus of our discourse over foundling lives. In section 9.2 we have analyzed the role of mothers along the foundling's lives. We have used event-history analysis (Cox regression) to study the different probabilities of dying according with these characteristics (marital status expressed in the child's legitimacy status; maternal age and origin for those born in the Maternity Hospital; and some information on age or origin left by mothers abandoning through Other Origins). These analysis have been done for the three intervals studied in demography (neonatal, post-neonatal and early childhood); they have been controlled by several factors related to the child that could interfere with the estimation (sex, age at admission and season of birth); and they have been estimated for two periods (pre and post 1918) and for the two origins to avoid mixing different mortality experiences.

We can underscore some results. Firstly, legitimacy does not show the illegitimate penalty generally found in contemporary or historical contexts. This association has been generally associated with the heightened social and economic vulnerability of single women when faced with pregnancy, delivery and child rearing. The explanation for our results, however, does not suggest a better situation for single women but a strong selection among married women that arrived to the FHM to abandon their children: only those in the worst situations of poverty, poor health or delivery complications may have arrived. This could explain the worse reproductive

results for them, when compared with single women that must have had a wider social extraction.

Secondly, among children born at the MH, Madrilénian mothers have significantly higher probabilities of death than the rest, and children of migrants originally from distant provinces had significantly much better perspectives (graphs 9.5 and 9.6). Probably this variation was related to migratory project differences according to proximity to the city although the lack of information on time from migration hinders our analysis of this issue. Among those abandoned through Other Origins, when mothers left some personal information, their children's probabilities of dying were significantly lower, as it probably was a sign of interest (graphs 9.8 and 9.9).

Thirdly, we see that maternal effects could only be seen in the first moments of stay in the FHM and, with the pass of time, probabilities of dying basically levelled off. There was an important variation between the two periods for all variables, with a decline in the magnitude of observed effects that was probably related to the decline of mortality (table F.1 y F.2).

Once this dimension of maternal characteristics was explored, section 9.3 has attempted to study maternal contribution to foundling mortality further through the study of the groups of abandoned siblings. In the general literature, infant and early childhood mortality have been found to cluster in certain families, even once other measurable attributes of mother, family and household had been taken into account. This meant that certain families, for social or biological reasons, had lower or higher probabilities of infant loss. We have studied in our context the experience of groups of abandoned children to fulfil two aims: to explore to what extent mortality of foundling siblings also showed outcome correlation, and to try to eliminate the other mechanisms that have been used to explain the correlation (consistent good or bad breastfeeding and maternal care for all siblings).

We have performed similar analyses to those presented for the previous section, including membership to a sibship in order to explore whether being part of an abandoned sibship affected mortality. In infancy, the only effect found is the penalty of multiple pregnancies, as twins have a higher biological risk. In early childhood, there is an advantage for sibships, but it is explained in terms of selection: if two siblings survived to the first year of life, this meant that they were from a robust set (graph 9.10).

We have analyzed, subsequently, the degree of dependence of foundlings' deaths for the infant and early childhood periods, and we have found the same association found for the general population. Belonging to a specific family affected survival probabilities in a group of siblings dramatically. This means that the death of one of them increased the likelihood of the other's. This relationship can be clearly seen for the time immediately following admission (in both infant and early childhood periods). Once they have spent some time in the institution, this family component disappeared because of the strength of institutional mortality (table 9.1 and 9.2). These results offer an interest insight into how the institution affected foundlings' lives, but it also provides some evidence for the debate over infant death clustering. It seems that maternal breastfeeding and childcare were not essential to create death clustering among

families, as we find the same results for children abandoned at birth and never cared or fed by their mothers, as for the general population.

This chapter has shown that, in spite of the strength of institutional mortality for levelling off foundlings' survival probabilities, observed and unobserved maternal characteristics were important enough to affect mortality. At least, their effects can be seen during the time immediately after admission. Some results may seem counter-intuitive, as a lack of differences on illegitimacy has been shown, but it is important to bear in mind that admitted children were so after a selective process that involved health and poverty issues.

CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES

El estado actual de la investigación sobre la infancia abandonada ofrece una imagen desigual: existe una parte de la historiografía anclada en la repetición de los mismos esquemas, mientras que otras aproximaciones han aportado nuevas formas de comprender el fenómeno pero no han sido aprovechadas para realizar una renovación metodológica. Por un lado, la historiografía procedente de la historia (independientemente de su interés prioritario en la beneficencia, la educación, los roles de género, etc.) ha adoptado unas convenciones y prácticas en su acercamiento cuantitativo que dificultan la ampliación de temas de investigación. Por otro lado, desde la demografía histórica, se han realizado algunos trabajos con nuevas metodologías traídas desde otras disciplinas, que han permitido vislumbrar avenidas alternativas de investigación. El análisis longitudinal ha permitido comprender la mortalidad de los expósitos como un fenómeno dependiente de la edad, de la duración de la estancia de los expósitos en la institución y de las circunstancias que les rodeaban. Esto ha permitido dotar al análisis de las vidas expósitas de la dimensión temporal que se había desatendido hasta el momento.

En esta coyuntura, por tanto, llevar a cabo un nuevo estudio monográfico al estilo de los tradicionales habría supuesto una novedad en cuanto a la aportación de nuevas evidencias en otro contexto temporal y espacial, pero habría merecido duras críticas: la repetición de una forma ya agotada. Por tanto, abordar a principios del siglo XXI otro estudio de casa de expósitos requería poner en práctica una aproximación que permitiera abordar aspectos novedosos, haciendo justicia a la complejidad del tema de estudio. La manera elegida para hacerlo ha sido a través del trabajo interdisciplinar.

El objetivo de esta tesis doctoral, estudiar el depósito de niños en la Inclusa de Madrid a principios del siglo XX y las expectativas vitales tras el abandono, ha sido realizado a través de la combinación de los marcos interpretativos, corpus empíricos y metodologías de la historia y la demografía. Por un lado, hemos recuperado los aspectos tradicionalmente abordados por la historiografía tratando de innovar en la medida de lo posible y extraer el abandono infantil del estatismo propio del estudio tal y como se ha realizado hasta ahora. Por otro lado, hemos incluido una renovación metodológica: la introducción de la perspectiva del curso de la vida y el análisis longitudinal. No nos hemos limitado a la reproducción de las técnicas utilizadas por otros autores, sino que las hemos extendido para abarcar la comprensión de toda la experiencia expósita, aplicándolas a cualquier otro de los posibles “resultados” de la institucionalización de expósitos.

Desde la misma descripción de los dos objetivos se ha tratado de implicar esta apuesta por la innovación, sin perder de vista la historiografía previa. Por un lado, hemos elegido deliberadamente la expresión “depósito” de niños en vez de abandono. El objetivo era poner el énfasis en esa ampliación de la mirada sobre el significado del abandono y la realidad de la función de la Inclusa en un momento tan tardío como el primer tercio del siglo XX. El esquema tradicional del abandono como destino exclusivo de los ilegítimos, hijos del vicio, y con carácter permanente, no puede ser aplicado a una cronología como la que nos ocupa. Evidencias de este cambio son el incremento de admisiones de niños de origen legítimo y con edades superiores al año, el incremento de las recuperaciones y la utilización de la institución (a través de su

relación con la Maternidad) para fines exclusivamente médicos. Al explícitamente utilizar la expresión “depósito”, por tanto, hemos situado la explicación en un marco más amplio que nos permite salir de la restricción del abandono y considerar estas peculiaridades de la institución desde un punto de vista más dinámico: podemos ver la institución como foco atractor de tipos de recursos por parte de madres y familias. A pesar de esta amplia consideración, nos hemos centrado fundamentalmente en el fenómeno del abandono infantil, que constituía el grupo más grande y la función “oficial” de la institución pero sin perder de vista estas otras posibilidades.

Por otro lado, al referirnos a las expectativas vitales de los niños institucionalizados, hemos evitado la expresión tradicional de “destinos” que implica una cierta consideración estática de la experiencia expósita, prefiriendo hablar de trayectorias institucionalizadas y de “eventos”. Mediante un marco y una metodología que nos permiten explicar esos distintos “destinos” como distintas posibilidades que podían ocurrirles, entre los que había una interdependencia total hasta ahora ignorada, podemos penetrar en las dinámicas de cambio cronológico y vital.

Aunque aparentemente nuestro trabajo haya transitado las mismas sendas que la historiografía previa, las paradas han sido distintas, se han destacado otros aspectos y las inferencias obtenidas han sido mucho más precisas: ancladas en la idiosincrasia institucional pero extendiéndose más allá de las posibilidades ofrecidas por la descripción y la enumeración.

La clave de toda nuestra aproximación ha sido, por tanto, la aproximación al abandono infantil a través de la complementariedad de las fortalezas de las dos disciplinas, anclando lo demográfico en lo histórico para evitar el exceso econométrico y ofreciendo respuestas desde la demografía a preguntas inexploradas por la historia. Esto se ha manifestado en la estructura formal. La primera parte se ha enmarcado en la primera dirección de la relación, anclar lo demográfico en lo histórico, mientras que la segunda ha buscado responder nuevas preguntas a temas olvidados. No obstante, esta división no ha sido estricta ya que la orientación conjunta pervade ambas partes, pudiendo encontrar claras consecuencias de la utilización estadística y demográfica en la primera parte y una utilización simultánea de fuentes históricas contextuales y cuantitativas para la segunda parte. A continuación hemos ofrecido una visión de síntesis de las aportaciones de ambas. Hemos tratado de destacar la forma específica en la que se han abordado los objetivos secundarios propuestos dentro de cada una de las partes. Finalmente, hemos realizado una evaluación global de las contribuciones, limitaciones y retos que implica esta tesis.

ANCLANDO LA DEMOGRAFÍA EN LA HISTORIA: NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE EL ABANDONO INFANTIL EN INSTITUCIONES

Las aportaciones de la primera parte han tratado de responder al primer sentido de la interrelación entre las dos disciplinas, anclar la demografía en la historia. Uno de los problemas potenciales de la introducción de metodologías de Ciencias Sociales y, particularmente, de análisis estadísticos, en la investigación histórica es el peligro de la confianza ciega en los resultados sin poner en duda las fuentes de datos. Los datos registrales, como cualquier otra fuente, responden a circunstancias específicas. No representan con necesaria fiabilidad la realidad que los producía sino una selección

determinada por procesos ideológicos, políticos y prácticos de registro, que podrían ser responsables de sobrerrepresentaciones, omisiones y sesgos. La veracidad del análisis específico de los datos así como de la inferencia que podamos realizar sobre éstos, por tanto, está claramente determinada por el conocimiento de la relación entre registro y el fenómeno de estudio. Esta falta de acuerdo entre realidad y registro existe hoy en día para fuentes contemporáneas relativamente fiables como el padrón, por lo que su presencia en fuentes históricas es indudable. El análisis profundo de la relación entre el contexto y el registro es, por tanto, esencial. Y más aún al tratar con datos de una institución, a la que se recurría de forma voluntaria pero dentro de un conjunto de circunstancias que determinaban un acceso condicionado por las necesidades de supervivencia en un sentido amplio.

La comprensión profunda del depósito y abandono de niños en la Inclusa de Madrid, el primer objetivo de esta investigación, ha integrado esta preocupación como elemento central de la explicación y los dos niveles de interés destacados han buscado profundizar en la relación entre discurso, realidad y registro. Por un lado, era preciso estudiar la especificidad del recurso a la Inclusa en el marco del discurso benéfico, médico y de género, así como en las particularidades demográficas, sociales y asistenciales. Por otro lado, había que profundizar en la relación entre las políticas institucionales y la población asistida. Para abordarlos, hemos descendido de lo general a lo particular en el contexto y las características del abandono infantil: la ideología, las políticas específicas, los usos y la población asistida. En todo momento, el interés por la causalidad, los mecanismos y la comprensión completa de los procesos (más allá de su descripción) propia de una orientación de Ciencias Sociales ha sido clave. Esta aproximación nos ha ayudado a ser cuidadosos al discutir la agencia y la estrategia, habiendo preferido hablar de trayectorias y usos.

Es importante considerar tanto el propio recorrido semántico del término “abandono infantil” como su inscripción en las ideologías específicas ya que se consideraba la función exclusiva de las inclusas (capítulo 2). El primer elemento que hemos tomado en cuenta a la hora de discutir el papel y la consideración de la infancia abandonada es la falta de ajuste entre la variabilidad de situaciones en las que se producía el abandono infantil y la aparente inmutabilidad del término. Dada la imbricación del fenómeno en el tejido social e ideológico, el concepto responde a un comportamiento e implica una respuesta completamente contingente a su momento histórico.

El abandono infantil en instituciones era un fenómeno cuya práctica, desarrollo y regulación se encontraba en la encrucijada entre el discurso sobre la mujer y la moral y la organización y gestión de la beneficencia que permitían e incluso fomentaban esa práctica como medio de evitar los infanticidios y abortos. A finales del siglo XIX y a lo largo de todo el siglo XX, además, estuvo muy determinado por la influencia del discurso médico, directa o indirectamente.

El periodo 1890-1935 es un momento bisagra entre dos consideraciones del abandono infantil, producido por los cambios simultáneos (y retroalimentados) en los discursos médico, moral y benéfico. Inicialmente, la moral católica propugnaba la separación obligatoria de madre e hijo ilegítimo, rechazando el cuidado de éste por aquella y, por tanto, aceptando el abandono. Tanto en la teoría como en la práctica, se reconocía el abandono como reacción válida para evitar un mal mayor, el infanticidio.

De hecho, durante el siglo XIX, la organización de beneficencia primaba el torno como medio máximo de garantizar el anonimato para preservar esa honra. Su apoyo al abandono implicó incluso el decreto de instalación de Maternidades para extender el anonimato al momento del pre-parto y el propio parto como medida complementaria para reducir el recurso al infanticidio y solucionar parcialmente el “problema del ilegítimo”.

En las décadas centrales del primer tercio del siglo XX se había impuesto ya una nueva consideración del abandono. Se trataba de disuadir de la práctica del abandono acudiendo a la nueva visión de la función social de la mujer. La maternidad siempre había estado en el centro de la función femenina pero cambió su sustrato ideológico en este momento: de la moral a la biología. El discurso médico fue particularmente importante en esta re-configuración del papel de la mujer a través de su énfasis en la maternidad como herramienta para reducir la mortalidad infantil. Esta postura produjo una rehabilitación de la figura trágica de la madre soltera a la que se le ofrecía la redención de su falta a través de la crianza de su hijo ilegítimo, como deber moral y biológico.

Este cambio en el discurso debe entenderse, no obstante, en el plano teórico ya que la “rehabilitación” de la madre soltera que hemos descrito no se trasladó en la práctica en un cambio de la consideración social popular. Discurso político, literatura, religión y consideración popular seguían encontrando a la madre soltera “culpable” y se despreciaba su “falta”. La responsabilidad había empezado a dirigirse hacia los hombres que no se hacían cargo de su parte de responsabilidad con la petición y consecución de medidas para la investigación de la paternidad.

Desde el punto de vista de la Beneficencia pública, como sujetos tradicionales de la Asistencia Pública, los expósitos no experimentaron grandes cambios en su tratamiento hasta el siglo XX. Las instituciones individuales sí que los experimentaron adaptándose al creciente uso de las inclusas por razones distintas del nacimiento ilegítimo, que había producido la creciente pauperización de la sociedad. Junto al abandono, otras prácticas fueron posibles, justificando nuestro uso de “depósito” para referirnos de forma general a la admisión de niños en la Inclusa.

Por tanto, existió una importante relación entre las maneras específicas de la beneficencia provincial (y de las propias instituciones) y la realidad social y asistencial en la que estaban insertas, lo que requiere comprender las dinámicas urbanas de Madrid. Tanto la evolución específica de la ciudad en su papel como capital y ciudad en el seno de las transformaciones radicales, como su situación demográfica o la oferta asistencial son las piezas finales para la comprensión de la especificidad de la Inclusa de Madrid (capítulo 3).

Entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la ciudad experimentó los cambios más importantes del proceso de modernización. Superada ya la visión tradicional de la ciudad como un lugar parasitario y dormido, se puede decir que Madrid en este contexto cumplía un papel similar al de otras capitales europeas en la articulación del mercado nacional. Con la construcción y la industria urbana, seguida de la configuración de Madrid como centro financiero, la ciudad experimentó todas las fases de la modernización: urbanización, crecimiento poblacional, cambio social, etc.

Entre las características más importantes de la demografía de la ciudad que deben tenerse en cuenta, es preciso mencionar la relación biunívoca entre ciudad e institución: la ciudad de Madrid (las características de su población y los flujos) condicionaba el recurso que se hacía a la institución al tiempo que la propia Inclusa realizaba una particular aportación a las dinámicas de la ciudad. Se trata de un caso claro en el que la comprensión de la especificidad histórica de los eventos y su registro nos ayudan a entender las estadísticas demográficas.

Por un lado, la ciudad determinaba, hasta cierto punto, las condiciones de partida en las que se insertaba la Inclusa: el tipo de mujeres y familias que vivían en la ciudad (o habían sido atraídas a ella). De 1900 a 1930 la ciudad dobló su población (de medio a un millón de habitantes). La fecundidad fue bastante reducida (aunque elevada ilegitimidad), y la mortalidad fue muy alta, particularmente la infantil. La migración fue un motor de crecimiento de la ciudad y estuvo caracterizada por alta feminización (muchas de esas mujeres se dedicaban al servicio doméstico). Pauperización, elevada ilegitimidad, enorme volumen de la inmigración y el peso del servicio doméstico eran, por tanto, aspectos urbanos altamente asociados con el recurso a la institución. Por otro lado, la Inclusa contribuía parcialmente a la dinámica de la ciudad, a través de los nacimientos y las defunciones asociadas a la institución: el 80% de los partos en instituciones de la ciudad tenían lugar en la Maternidad, la mitad de las defunciones infantiles del distrito y había un efecto indirecto de la ilegitimada sobre el área en el que estaba inscrita.

La importancia de estas dos instituciones en la ciudad (Maternidad e Inclusa) se relacionaba con su papel como opciones principales para las mujeres embarazadas en situación de necesidad. A principios del siglo XX, particularmente las mujeres solteras estaban al margen de la mayor parte de la oferta benéfica municipal aunque, con el tiempo, se les permitió la entrada a distintos servicios (Consultorios de niños de Pecho y Gotas de Leche). La falta de instituciones hizo que la Inclusa siguiera siendo una de sus pocas opciones para todo tipo de mujeres.

Esta centralidad de la Inclusa en la oferta institucional de la ciudad requiere, por tanto, entender sus características específicas: cómo la política institucional determinó las características de la población asistida en la Inclusa y su evolución. Esto nos permite completar nuestro análisis del depósito y abandono de niños en la Inclusa (capítulo 4).

Entre finales del siglo XIX y principios del XX una serie de cambios paulatinos transformaron la Inclusa de una institución de corte completamente tradicional a una institución con fines más asistenciales. Desde 1860 se le había adjuntado la Casa de Maternidad, que permitía el parto en secreto previo al abandono. Sin embargo, los grandes cambios fueron producidos por una serie de denuncias públicas de la elevada mortalidad que se llevaron a la prensa y cuya repercusión fue más allá de los meros cambios reglamentarios en la institución.

El primer caso fue en 1898-1899. Sus consecuencias directas fueron el fin del endémico problema del impago a las nodrizas externas y la puesta en marcha de la Ley de Protección a la Infancia. Las dos subsiguientes crisis, de 1918 y 1927, provocaron los mayores cambios. Los médicos fueron los responsables de gran parte de esta evolución: en primer lugar, la institución estuvo bajo la administración continuista de un médico decimonónico (González Álvarez) con estadísticas sesgadas y justificaciones arcaicas;

seguida por la escasa influencia de un médico poco dispuesto al cambio que rechazaba toda responsabilidad sobre las muertes infantiles (Hernández Briz); y finalmente, dos jóvenes médicos (Bravo Frías y Alonso Muñoyerro) que se embarcaron en una batalla casi personal que llevó al cambio.

En cuanto al régimen interno se produjo el traslado total, la construcción de nuevas instalaciones y cierre definitivo del torno a partir de 1927. En cuanto a cambios ideológicos, se impuso la aceptación médica de la responsabilidad sobre la mortalidad infantil; la sustitución de la imagen trágica del niño abandonado como “deshecho de la sociedad” por el reconocimiento de que muchos de los abandonos se producían fundamentalmente por la incapacidad material (más que indiferencia); y la obligatoriedad de la lactancia materna de los expósitos y disuasión del abandono.

Estos cambios determinaron transformaciones en las características de la población asistida (capítulo 5). En primer lugar, es preciso comentar una particularidad registral de la Inclusa de Madrid que ha sido puesta al descubierto por nuestra investigación. De existir en otros lugares, no ha sido destacada con la importancia que merece: los abandonos técnicos. Este concepto se refiere a los niños nacidos en la Maternidad que fueron abandonados “administrativamente” durante el periodo 1888-1917: su admisión se registraba en la Inclusa siguiendo el procedimiento para todos los niños nacidos en la Casa de Maternidad pero también su recuperación. Ninguno de esos dos registros debía haber sido recogido ya que nunca hubo intención de abandono. La identificación de esta circunstancia nos ofrece dos ventajas. Por un lado, estudiar las diferencias entre las mujeres residentes o visitantes en la ciudad haciendo uso médico de la Maternidad frente a las que abandonaban en el periodo 1890-1917. Por otro lado, el conocimiento de este sesgo nos previene contra el uso de análisis econométricos del nivel de asociación entre entradas y otras variables.

En segundo lugar, el discurso médico del reconocimiento de un mayor peso de la necesidad económica en el abandono se corresponde con la evolución hacia la mayor entrada de niños legítimos y de mayor edad. Esto refleja un incremento del uso de la institución con funciones asistenciales explícitas y, en cierta medida, con carácter temporal. Adicionalmente, entre los asilados ilegítimos, parece haber una mayor importancia de causas económicas y no necesariamente relacionadas con la ilegitimidad.

Esta diversidad de usos sugiere una importante heterogeneidad en la población asilada (y las razones que los llevaron a ella), que se ha abordado prioritariamente en función del origen. Un parto en la Maternidad indicaba necesidad de asilo previo al parto, un lugar donde dar a luz, así como atención médica, además del abandono en sí mismo. Sin embargo, la admisión de un niño nacido en un hogar materno varios días después de su nacimiento debía implicar condiciones muy distintas. Todavía más distintas si la admisión se producía más allá del primer mes de vida.

Claramente, las circunstancias de la madre (o de la familia), mediadas por la forma de admisión, eran clave en la existencia de esta heterogeneidad interna entre los asilados en la Inclusa. Por lo tanto, han sido centrales en el análisis de las características de los expósitos. Gracias a la riqueza de nuestra fuente de datos, hemos podido extender nuestra consideración de esas características maternas a un caso muy particular, el abandono de grupos de hermanos. Este análisis nos ha permitido ahondar en aspectos

poco estudiados, como la existencia de distintos patrones en el abandono de hermanos: simultáneos o consecutivos.

Esta centralidad de las características de las madres no se ha limitado a considerar la admisión. Dado su potencial efecto en determinar las experiencias que podían experimentar los expósitos en su vida posterior, su estudio se ha extendido a la segunda parte del trabajo, engarzando ambas partes y convirtiéndose en el eje explicativo de las diferencias en la experiencia institucionalizada.

DANDO RESPUESTAS DESDE LA DEMOGRAFÍA A PREGUNTAS INEXPLORADAS POR LA HISTORIA

En la segunda parte se ha completado y extendido el análisis realizado en la primera al responder al segundo objetivo de la investigación: analizar las expectativas vitales de los niños institucionalizados en función de características relacionadas con su admisión. Dentro de este objetivo general, el primer aspecto concreto a abordar era la necesidad de aportar una nueva visión sobre las vidas institucionalizadas, a través del estudio de las trayectorias de los expósitos. Tras la admisión, todo un universo de posibilidades se abría ante los expósitos pero la ocurrencia de los diferentes eventos estaba supeditada al transcurso de la vida dentro de la institución y su salud. Así, frente al uso generalizado de porcentajes en la historiografía tradicional (y su subestimación de la prevalencia de los fenómenos), hemos utilizado el análisis longitudinal que implica un acercamiento estadístico y verdaderamente demográfico. Esta apuesta metodológica ha ofrecido dos ventajas:

En primer lugar, a través del análisis estadístico, hemos podido incorporar un instrumento para la inferencia: los tests estadísticos que determinan si existen diferencias estadísticamente significativas entre categorías. En segundo lugar, hemos mostrado una visión de la institucionalización que responde a la realidad de la experiencia expósita con mucha mayor fidelidad que las anteriores. Por un lado, se ha incorporado la importancia de la lactancia externa en la determinación de la salud no sólo en el discurso sino operativamente. Por otro lado, se ha preferido hablar de “trayectorias” o “resultados” en vez de “destinos” para evitar la linealidad de esa aproximación. La visión longitudinal de las vidas de los expósitos nos ha permitido, por tanto, considerarlas como un espacio donde los riesgos y factores protectores ocurrían a lo largo de la vida, donde existían cadenas causales acumuladas que favorecían o limitaban la ocurrencia de unos u otros eventos y la experiencia de uno de ellos necesariamente implicaba su desaparición del riesgo de experimentar los otros.

Una vez definida esta nueva visión de la vida institucionalizada, el segundo objetivo específico era estudiar los tres fenómenos más importantes de entre las posibilidades de los expósitos: el envío a lactar al campo, la recuperación por la familia y la mortalidad. En los tres, hemos descrito los mismos aspectos aunque con diferente grado de desarrollo. Se han mostrado las tendencias a través del análisis agregado y se ha profundizado en el conocimiento de las dinámicas, mecanismos causales y comportamientos detrás de cada resultado a través del análisis individual.

Particularmente, este último tipo de explicaciones han incluido un aspecto que muy pocos estudios han podido abordar frontalmente y ninguno de la forma específica

en la que se lo hemos tratado aquí: el análisis del efecto de las características maternas. Hemos recuperado el discurso de la primera parte sobre las diferentes circunstancias maternas en la vida de los expósitos y hemos abordado el estudio de su efecto en la determinación de las trayectorias específicas para cada una de los tres eventos estudiados. La ventaja central de este tipo de análisis individualizado es la posibilidad de estudiar el impacto neto de los distintos factores independientemente del efecto potencialmente perturbador de otras variables relacionadas.

En el análisis particular de la lactancia en la Inclusa, la alimentación que recibían los expósitos dentro de la Inclusa ha sido abordada a través de la información reportada por las fuentes contemporáneas mientras que el análisis estadístico se ha concentrado en estudiar la probabilidad de ser enviado a lactar (capítulo 6). La alimentación de los niños previa a su salida a lactar al campo se ha abordado conceptualmente, explorando las razones que debían dirigir a unos u otros niños al Departamento del Biberón o a la lactancia por nodriza: salud, disponibilidad de suficientes nodrizas y decisión materna eran clave. Este tratamiento ponía en marcha una cadena causal acumulativa tratamiento-salud que, para aquellos que debían ser enviados al biberón, casi inevitablemente acababa en la muerte. El envío a lactar al campo con nodrizas externas suponía la mejora sustancial de las probabilidades de supervivencia de los expósitos dado que les garantizaba la lactancia de una mujer y los alejaba del ambiente patológico de la Inclusa. Su acceso estaba completamente determinado por la trayectoria de salud acumulada desde su admisión.

La aplicación de la metodología longitudinal nos ha permitido, para este evento, comprender algunos aspectos fundamentales. En primer lugar, hemos podido investigar en profundidad cual era la probabilidad real de ser enviado a lactar. La comparación entre el cálculo tradicional y el longitudinal ilumina un aspecto sobre el tratamiento. El porcentaje de enviados del 50% sugiere una relativa baja prevalencia, sólo la mitad de los expósitos eran enviados. Sin embargo, la probabilidad de ser enviado a lactar antes de los 100 días del 80% sugiere que se enviaban la mayor parte de los que estaban vivos. En segundo lugar, hemos podido estudiar la correspondencia entre el discurso médico sobre la cronología del envío a lactar y la realidad. A finales del siglo XIX sólo dos o tres días pasaban antes de la salida de los niños a lactancia externa, ya que lo prioritario era sacarlos de la institución lo antes posible. Desde la primera década del siglo XX, se empezó a retrasar este momento y hasta los 45-60 días la intensidad del envío a lactar no se incrementaba. En tercer lugar, el análisis estadístico ha permitido señalar una serie de patrones estructurales en el envío a lactar nunca antes reseñados: limitada incidencia de esta práctica para los niños mayores de un año, que se quedaban dentro de la propia institución; existencia de un patrón estacional relacionado con la disponibilidad de nodrizas que reducía la intensidad y dilataba la espera en aquellos abandonados en verano; preferencia por el envío de un determinado tipo de expósitos en función de características evidentes (como el sexo, en algunos momentos) o de características que debían haber permanecido ocultas (el origen o la legitimidad). Una consecuencia final de este capítulo para el resto de la tesis ha sido la necesidad de tener en cuenta cuidadosamente en nuestros modelos el envío a lactar. Se ha incluido como una variable que cambiar de valor con el tiempo (*time-varying covariate*) para marcar exactamente si este efecto modificador ocurría en las vidas de los expósitos y cuando lo hacía exactamente.

Tras el estudio del envío a lactar, el análisis se ha centrado en un destino inexplorado desde el punto de vista estadístico tanto en la historiografía nacional como internacional: la recogida por las madres o familias (capítulo 7). En el contexto de la Inclusa de Madrid, el estado incompleto y desorganizado de los expedientes de recuperación, nos ha hecho concentrarnos en el tratamiento estadístico que nos ha permitido abordar el análisis de este fenómeno desde una perspectiva novedosa. Podemos ofrecer información no sólo de aquellas madres que reclamaron un niño sino en aquellas que nunca lo hicieron. Esta posibilidad ha facilitado varias contribuciones.

En primer lugar, nuestra aproximación ha ofrecido cifras sobre la incidencia de la recuperación que sortean la presencia de los abandonos técnicos. La medida longitudinal dobla la cifra tradicional: en 1917 la probabilidad de un niño de ser recuperado si seguía vivo y bajo la autoridad de la Inclusa a los 5 años era del 30%, ascendiendo hasta el 80% a finales del periodo.

En segundo lugar, se ha realizado un esfuerzo conceptual de comprender las causas del abandono y las causas de la recuperación, deteniéndonos en las limitaciones de la inferencia. A diferencia de lo que opinan otros autores, en nuestro contexto, la cantidad de circunstancias que podían mediar entre una admisión y la reclamación implica que no se puede estudiar el recurso al abandono a corto plazo exclusivamente en función de los casos que experimentaban una recuperación.

En tercer lugar, en nuestro análisis, hemos podido distinguir las características maternas relacionadas con la probabilidad de experimentar una recuperación temprana (es decir, ser un abandono técnico) o regular (ser un abandono temporal realizado). Los niños nacidos en Maternidad cuyas madres era nativas madrileñas o menores de 35 años o hijos de casadas eran los que tenían mayores probabilidades de ser abandonos técnicos. Las características que ofrecían mayores probabilidades de recuperación regular eran la legitimidad y el abandono a través del torno.

Con este capítulo, por tanto, hemos cerrado el círculo iniciado por el discurso inicial sobre la importancia de los nuevos usos de la institución y la necesidad de hablar de depósito con el cambio de la sociedad y las posibles trayectorias institucionales. Con el paso del tiempo, ser admitido a la Inclusa había pasado a implicar situaciones familiares variables así como distintas probabilidades de experimentar una recuperación. Sin embargo, el volumen neto de recuperaciones no creció realmente hasta el final del periodo ya que la supervivencia fueron muy limitada hasta la década de 1920.

Pese al interés y los esfuerzos invertidos, el nivel de conocimiento que tenemos sobre la mortalidad expósita es relativamente limitado ya que el discurso (en la mayor parte de los trabajos) se ha quedado en la mera enumeración de porcentajes de niños muertos en cada generación y en explicaciones generales. Por tanto, era precisa la realización de un análisis exhaustivo para tratar de iluminar varios aspectos que no han sido tratados por la historiografía previa. Para ello, el análisis de tendencias y de factores en funcionamiento a nivel individual se ha desarrollado en los dos últimos capítulos.

Inicialmente, nos hemos ocupado de los aspectos generales desde una perspectiva longitudinal (capítulo 8). En primer lugar, a través del cálculo de

estimaciones tradicionales y probabilidades de defunción hemos obtenido tres conclusiones: a) la elevada mortalidad de la Inclusa de Madrid no era única en ese periodo; b) el subregistro que presenta la mortalidad calculada a través de porcentajes se ha cifrado entre el 10 y el 60% para la mortalidad infantil; y c) la mortalidad calculada utilizando los intervalos clásicos en demografía ofrece cifras comparables con las generales: las cifras de la Inclusa duplican o triplican la mortalidad infantil y juvenil urbana (la infantil se mantuvo entre el 600 y el 800‰ hasta 1921 y la mortalidad juvenil se mantuvo en cifras muy cercanas hasta esas mismas fechas). Encontrar una mortalidad juvenil tan extrema como la infantil sugiere que tanto las circunstancias que provocaron la mortalidad inicial podían haber dejado secuelas como una continuación de los riesgos a lo largo de toda la infancia.

En segundo lugar, el estudio del riesgo de morir a lo largo de los dos intervalos vitales utilizados (el infantil y juvenil) a través del tiempo nos ha permitido inferir los riesgos que afectaba a los expósitos en su institucionalización. Por un lado, hemos encontrado un “efecto institucional” sobre la probabilidad de morir de los niños admitidos, independiente de su edad: el incremento dramático de sus probabilidades de morir provocado, probablemente, por la exposición al ambiente patológico de la institución y a la alimentación recibida (deficiente y/o insuficiente). El ejemplo más claro de esta elevación se ve entre los niños abandonados como recién nacidos, que experimentaban una mortalidad mucho más elevada durante la primera semana de vida, contrariamente a la distribución tradicional de la mortalidad (descendente a lo largo del primer año de vida). Por otro lado, pese a su potencial efecto selectivo, este impacto inicial en la salud de los abandonados con menos de un mes de vida implicaba un daño irreparable a la salud (*scarring*) que se manifestaba en una elevación adicional posterior de la mortalidad: a los 70 días de vida.

En tercer lugar, el análisis de las causas específicas que llevaban a la mortalidad se ha realizado a través de la aplicación de una clasificación estandarizada etiológica sobre las problemáticas expresiones diagnósticas reportadas en la Inclusa. Se ha descubierto un importante cambio de criterio diagnóstico asociado con los médicos al cargo en cada momento que fundamentalmente respondía a su consideración ideológica de las causas últimas de la mortalidad expósita. González Álvarez consideraba que la causa era el problema de la alimentación artificial pero no se veía responsable de su limitación y Hernández Briz responsabilizaba directamente a condiciones previas de su incapacidad de responder favorablemente al tratamiento. Sólo Bravo y Alonso asumieron la responsabilidad sobre la mortalidad institucional e introdujeron criterios que responsabilizaban a la institución aunque dificultaban la comprensión de la causa (ya que eran muy generales). En cualquier caso, a pesar de los cambios de criterio, está claro que el peso de las enfermedades infecciosas era mucho mayor importante entre los expósitos (particularmente en el periodo neonatal) que entre la población infantil madrileña y esta característica se extendía incluso a aquellos enviados a lactar aunque destaca las elevadas tasas de la mortalidad por causas no infecciosas en el periodo post-neonatal y juvenil en los pueblos al compararla con las de las áreas rurales. Finalmente, las tendencias de la mortalidad, pese a los niveles extremos, sugieren la misma evolución que la población general rural.

Finalmente, después de haber descrito este panorama general sobre la mortalidad expósita, en el último capítulo, como ya hemos hecho para el caso de las recuperaciones, hemos analizado los factores que, a nivel individual, estaban asociados

e incluso podían estar entre los mecanismos causales del exceso de mortalidad de algunos grupos (capítulo 9). Dos razones nos han llevado a concentrarnos en el efecto de las características o circunstancias maternas: suponen uno de los mayores factores estudiados para la mortalidad general infantil y juvenil y no han sido abordados por ningún otro estudio hasta el momento.

El interés en las características maternas para la población general hace que dispongamos de un importante corpus de conocimiento para nuestro análisis. En este sentido, nuestro esfuerzo permite varias contribuciones: por un lado, el conocimiento específico de los factores asociados con la mortalidad expósita desde una perspectiva general y, por otro, una doble relación con la demografía: ilustrar con la experiencia de mortalidad general las diferencias y similitudes de la mortalidad expósita y analizar hasta qué punto las regularidades encontradas para la población general se mantienen en situaciones extremas.

Esta aproximación nos ha ayudado a construir nuestro propio marco teórico para entender los determinantes de la mortalidad expósita y, desde él, centrarnos en el papel de esas características maternas. Un primer análisis nos ha permitido concluir que, a pesar de que la mortalidad de las incluidas ha sido considerada como niveladora de las experiencias expósitas, existían factores maternos/familiares que determinaban mejores o peores probabilidades de supervivencia pero sólo en el periodo neonatal: información materna y origen. Después de ese intervalo, apenas se han encontrado. Por tanto, documentamos la importancia de algunas características familiares inmediatamente tras la entrada pero también un efecto nivelador de la institución. Sorprendentemente, no hemos encontrado evidencias a favor de la sobremortalidad ilegítima, que se ha encontrado en muchos contextos (incluso en instituciones). Nuestros resultados sugieren que existía una selección por salud y situación económica que operaba con mayor fuerza para los legítimos: los legítimos estaban en una situación mucho peor que los ilegítimos.

En un segundo análisis, hemos buscado la existencia de otros efectos maternos que pudieran no ser fácilmente capturados por las variables disponibles pero que pudieran informarnos más del componente “maternal” en la mortalidad expósita. Así, estudiando las probabilidades de supervivencia de los grupos de hermanos abandonados en la Inclusa, hemos podido capturar otros efectos maternos a través de la correlación entre la mortalidad de los hermanos. Una consecuencia significativa de este descubrimiento para la demografía general es que la concentración de defunciones por familias (asociada con la correlación de muertes de hermanos) no depende necesariamente de lactancia y la crianza materna, que había sido uno de los mecanismos causales sugeridos por la historiografía actual dado que parece presente para niños que nunca habían llegado a pasar tiempo con sus madres. Así, la raíz de esta similitud de experiencias de mortalidad parece dirigirse hacia la dotación genética y el tratamiento/experiencias durante el periodo prenatal. Como en el caso anterior, en este análisis particular, este efecto sólo se comprobaba al principio de la vida en la institución.

VALORACIÓN GLOBAL: LIMITACIONES Y CONTRIBUCIONES

Como hemos señalado en las páginas anteriores, cada uno de los capítulos ha tratado de abordar de forma novedosa y rigurosa preguntas de investigación específicas dentro de cada uno de los distintos temas de estudio dentro del depósito de niños en la Inclusa y sus expectativas vitales. Para finalizar, es preciso reconocer una serie de limitaciones en el alcance de nuestro análisis y de las contribuciones generales para ofrecer una visión equilibrada de la investigación propuesta por esta tesis.

En cuanto a las limitaciones, podemos distinguir cuatro grupos: fuentes, enfoque, análisis, inferencia y temas abordados.

Fuentes: La fuente utilizada ofrece una importante riqueza de datos pero carece de otros. Información adicional como los expedientes de recuperación, los expedientes médicos y otra documentación similar no han sido encontrados o no se han podido utilizar, obligándonos a concentrarnos exclusivamente en la información contenida en los *Libros de Entradas* y *Libros de Entradas y Salidas*. Y eso ha condicionado las variables disponibles para el análisis, sustrayendo del análisis algunos aspectos clave: no disponíamos del estatus socioeconómico, de la historia familiar y reproductiva de la madre o de su situación familiar o la información del padre.

Para remediar esta carencia, hemos obtenido algunas submuestras que han permitido conocer algunos de esos datos: empleo, alfabetización, lugar de residencia así como la estructura familiar. Estas submuestras han puesto de manifiesto la dificultad en cualquier contexto de conocer muchos de estos datos y los problemas que surgen al trabajar con ellos. Por un lado, la selección en el tipo de madres encontradas en el padrón sugiere que posiblemente su inestabilidad domiciliaria y laboral siempre las haría una población muy difícil de encontrar y caracterizar adecuadamente. Aunque pudiéramos conocer esas características padronales de todas las madres, sólo estaríamos obteniendo una imagen parcial de las mujeres implicadas en el recurso a la Inclusa. Por otro lado, el trabajo con las notas maternas ofrece una imagen poco precisa porque había muchas circunstancias en juego en su producción: intención final del abandono, nivel de alfabetización de las madres y el discurso de los abandonadores para congraciarse con la Inclusa. Algunos de los datos son imposibles de conocer en nuestro contexto como en cualquier otro de similares características y, sobre otros, al menos, hemos ofrecido algunas orientaciones, supliendo en cierta medida algunas de las deficiencias originales.

Enfoque. Nuestra perspectiva interdisciplinar a caballo entre la demografía y la historia nos ha mantenido al margen de la experiencia de los individuos en cuanto a casos particulares. Aun cuando hemos insistido en la dimensión individual de nuestros análisis, tratando de identificar los factores asociados con la ocurrencia de eventos, el centro de atención ha sido la obtención de estimaciones medias para niños con un perfil determinado. La descripción de casos individuales se podría haber usado para construir trayectorias, poniendo nombres a casos pero hemos elegido una visión más macro para capturar tendencias y mecanismos. Es decir, sólo hemos analizado el efecto sobre los individuos de una de las característica y ha sido necesario subordinar esa ‘dimensión’ de lo individual ya que es imposible implicar la utilización de todas las perspectivas.

Análisis. Es importante señalar que la existencia de riesgos competitivos en el análisis podría afectar los resultados y conclusiones obtenidos. Diversas comprobaciones realizadas sugieren que, pese al sesgo que podrían implicar, esta situación no altera sensiblemente los resultados obtenidos.

Inferencia. Hemos considerado el proceso selectivo que llevaba a madres a recurrir a la Inclusa y a los niños a llegar a ser admitidos en la institución un elemento clave de toda nuestra interpretación dado que esta selección era tan importante que podía revertir e incluso cancelar los efectos asociados a algunas variables con respecto a su valor para la población general. Por tanto, nuestra inferencia ha tenido que ser muy cuidadosa al comparar eventos y comportamientos ocurriendo fuera y dentro de la institución.

Temas de investigación. Entre todos los temas tratados por la historiografía, esta tesis ha dejado algunos huecos, entre los que podemos destacar: las características de las nodrizas internas o externas y un tratamiento detallado de las lactancias externas; el paso al hospicio o el prohijamiento de niños, etc. En algunos casos, la falta de información nos ha impedido un tratamiento más detallado pero, en otros, hemos preferido dejarlos deliberadamente al margen porque se salían de la capacidad analítica de un trabajo de las dimensiones de una tesis doctoral. En cualquier caso, se ha preferido realizar un trabajo riguroso y documentado de una selección de temas, en los que teníamos la posibilidad de realizar contribuciones importantes e innovadoras.

Globalmente, esta tesis ha aportado evidencias de fenómenos desconocidos, nuevas visiones de otros ya conocidos y ha tratado de dibujar una imagen del objeto de estudio mucho más compleja. El abandono infantil y el parto medicalizado fueron los dos recursos que se podían realizar al complejo Casa de Maternidad-Inclusa. Incluso para un momento tan temprano como el final del siglo XIX, la posibilidad de los abandonos temporales y el recurso por parejas casadas ya era parte de las opciones que incluía el depósito que se podía realizar a la Inclusa. Las perspectivas de los expósitos una vez abandonados eran muy limitadas ya que la mortalidad era el destino final que esperaba a la mayor parte de ellos. La edad a la que entraban así como el tiempo que pasaban en la institución y el tratamiento que se les daba eran los elementos centrales para comprender la heterogeneidad de sus experiencias. Nuestro análisis ha tratado de ilustrar la interdependencia de las probabilidades de experimentar los distintos destinos, imbricando esta pluralidad de opciones en las circunstancias que les hicieron ser abandonados. Las características de estas madres y el medio específico por el que fueron admitido (Maternidad u Otros Orígenes) eran clave a la hora de determinar que ocurriría con ellos aunque la fuerza de la mortalidad finalmente acababa igualando las posibilidades de todos ellos.

Esta imagen se ha compuesto a través de las contribuciones parciales a todas las disciplinas tratadas, aun marginalmente, en este trabajo. Para la historia, y fundamentalmente la historia de los expósitos, se ha ofrecido toda una variedad de nuevas evidencias e interpretaciones sobre la experiencia expósita, que han ayudado a ilustrar la situación de la población expósita de una manera distinta a la historiografía previa. Además, la ampliación del discurso a las causas de la admisión a la Inclusa, ha contribuido a situar al recurso a la Inclusa más claramente dentro de las estrategias de supervivencia de las clases populares.

Para la demografía histórica, se ha ofrecido una doble contribución: la ilustración de dinámicas demográficas específicas en un contexto extremo y la posibilidad de contrastar teorías generales sobre el comportamiento demográfico. Así, el nivel, la estructura por edad, causa y otras características de la mortalidad expósita ofrecen nuevos escenarios para el análisis demográfico y la comparación con la población no institucionalizada. Además, el estudio de una institución urbana tiene implicaciones en algunos debates demográficos, como el estudio del *urban penalty*, ofreciendo un mejor conocimiento de la mortalidad dentro de la ciudad.

Para la historia de la medicina y la epidemiología, las contribuciones son limitadas pero interesantes. Para la primera, a través del análisis del discurso médico y de las causas de muerte, hemos podido observar tanto el cambio generacional como elementos de la práctica y la ideología médica en funcionamiento, que pueden contribuir a un mejor conocimiento de este periodo que vio el nacimiento definitivo de la Salud Pública, la Pediatría y la Puericultura. Para la segunda, las evidencias encontradas sobre la mortalidad expósita enlazan perfectamente con los descubrimientos realizados sobre los efectos tempranos en la infancia sobre la mortalidad a lo largo de la vida, que es uno de los temas más importantes actualmente en los estudios de salud.

Para la historia de las mujeres y la beneficencia, el discurso no ha pretendido abordar sus debates de una manera central pero, en cualquier caso, ha ilustrado la convergencia entre discurso benéfico, médico y moral sobre la mujer y el abandono, que es importante tener en cuenta para cualquiera de esas disciplinas.

En todo momento, se ha tratado de salir del discurso local y enlazar con las preocupaciones de la historiografía internacional, tanto en la comparación con otros marcos como con la utilización de la bibliografía más moderna. Se ha tratado de situar la investigación sobre este tema en España al nivel de la ciencia internacional para contribuir activamente al progreso no sólo de este tema sino de las disciplinas implicadas.

Finalmente, esta tesis es un ejercicio de investigación interdisciplinar donde se han mostrado las ventajas que la combinación rigurosa de metodologías y aproximaciones puede aportar al conocimiento y la interpretación de objetos de estudio clásicos. Anclando la demografía en la historia y permitiendo que la demografía buscara nuevas preguntas en el objeto histórico, hemos ofrecido un trabajo a caballo entre la monografía clásica y las inquietudes de la nueva investigación en demografía histórica, con potencial para ofrecer un nuevo camino en los estudios de expósitos. El estudio de la infancia abandonada se ha puesto al día en una propuesta novedosa, aportando nuevas evidencias, interpretaciones y enlazando con nuevos marcos de estudio

CHAPTER 10. CONCLUSIONS

The current state of research on infant abandonment offers an uneven image of the subject: there is a part of the literature anchored in a traditional methodology while approaches capable of bringing new ways of addressing the phenomenon have yet to be used to effect a methodological update. On the one hand, history (no matter its primary interest, be it welfare, education, gender role, etc.) has adopted some conventions and practices in their quantitative approach that hinder the expansion of research topics. On the other hand, in the field of historical demography, several works have included new methodologies, imported from other disciplines, that have allowed opening new, and alternative research avenues. Longitudinal analysis has allowed to understand foundling mortality as a phenomenon dependent on age, duration of stay, and other circumstances. The temporal dimension, which had been neglected so far in the analysis of foundling lives, has taken centre stage.

In this juncture, carrying out a new monographic study in the traditional sense would have simply meant the addition of new evidence for another chronological and geographic context, but would have merited heavy criticism: the repetition of an exhausted format. Addressing the study of another foundling hospital in the 21st century has necessarily meant adopting an approach that could allow to address new dimensions of the phenomenon, and do justice to the complexity of the research topic. We have chosen to carry out that job through interdisciplinary research.

Thus, the aim of this dissertation has been to address the study of the deposit of children in the FHM at the beginning of the 20th century and the life expectations of children after abandonment. We have done so through the combination of two interpretative frameworks, empirical corpuses and methodologies: history and demography. We have taken up aspects traditionally discussed while trying to innovate them, i.e. to extract infant abandonment from the restricted space of the institution previously implied by scholarship. We have included a complete methodological renewal: the introduction of the life course approach and longitudinal analysis. However, we have not restricted ourselves to repeating the same techniques already used by other authors but have extended our scope to cover the understanding of the whole foundling experience, not only abandonment but the other possible “outcomes” after institutionalization.

From the description of our two aims, we have attempted to realize our interest to innovate without losing sight of previous scholarship. On the one hand, we have deliberately chosen the term “deposit” of children instead of abandonment. We wanted to emphasize the expansion of our approach over the meaning of abandonment and the reality of the function of the FHM in such a late moment as the first third of the 20th century. The traditional scheme of abandonment as the exclusive destiny for illegitimate children, ‘the children of vice’, and permanent in nature can not be applied to a chronology such as ours. There are several evidences of the change in progress: increasing proportion of legitimate children and children older than one year, increasing number of retrievals, and the use of the institution for medical reasons (because of the relationship with the MH). By explicitly using the expression “deposit” we have placed the explanation in a wider framework that allows us to escape the restrictions of abandonment and consider these institutional features from a more dynamic perspective:

we can see the institution as an attraction pole for different recourses by mothers and families.

On the other hand, by referring to the life expectations of foundlings we have avoided using the traditional term “destinies”, which implies a certain static view of the foundling experience, and have preferred the term “trajectories”. We have explored the dynamics behind chronological and life changes through a framework and a methodology that allows us to explain these different final outcomes as events that could occur to them, events completely interdependent, that had been neglected so far.

Thus, even if this thesis appears to travel the same roads as previous scholarship, our stops have been different, we have emphasized other dimensions and the inferences obtained have been much more accurate as they are anchored in the institution’s idiosyncrasy but extending further than descriptive analysis and enumeration because of their connection with wider frameworks.

The key to our whole approach has been, accordingly, the need to address infant abandonment through complementing two disciplines’ strengths, anchoring demography in history to avoid econometric excesses, and to give an answer from demography to questions unexplored by history and thus expand our knowledge about foundling lives. And this effort has been expressed in the formal structure. However, this division is not exclusive, as the dual approach has pervaded both parts. The consequences of statistical and demographic uses are clear in the first part while historical and contextual sources are ever present in the second part. In the next pages, we have synthesized our vision combining the contributions from the two parts. We have particularly outlined how the secondary aims have been addressed in each of the parts. Finally, a global evaluation of contributions, limitations and challenges has been included at the end.

ANCHORING DEMOGRAPHY IN HISTORY: NEW PERSPECTIVES ON INFANT ABANDONMENT IN INSTITUTIONS

Contributions in the first part have attempted to answer to the first sense of the relationship between disciplines, anchoring demography in history. One of the potential problems arising from the introduction of Social Science methodologies and, particularly of statistical analyses, in historical research is the danger of blindly believing statistical results not questioning data sources. Registry data, as any other source, respond to specific circumstances. They do not necessarily represent accurately the reality that produced them, but a selection determined by ideological, political and pragmatic processes in the registration, which could lead to over-registration, omissions and biases. The truth of the specific analysis and inference is, thus, clearly determined by our knowledge of the relationship between registration and the research subject. This disagreement between reality and registration does exist nowadays for sources relatively reliable such as the listing of inhabitants, but its presence in historical sources is undeniable. The precise analysis of the relationship between context and institution is essential. And it is even more essential when we deal with institutional data, where recourse was voluntary and determined by varied and varying circumstances.

Fully understanding the deposit and abandonment of children in the FHM, the first aim of our research, has accordingly considered understanding the relationship between context, policies and registration as key concern, and the two levels of interest in our discourse have attempted to deepen our knowledge on those issues. On the one hand, we have studied the specificity of the recourse to the FHM in the framework of the welfare, medical and gender discourse as well as of demographic, social, and assistance characteristics of the city. On the other hand, we have studied the relationship between institutional policies and foundling population. In order to address this aims, we have employed an analysis descending from the general to the particular in the context and infant abandonment characteristics: ideology, specific policies, uses and children. At all times, we have born in mind an interest on causality, mechanism and process structure (beyond description) typical of the Social Sciences. This approach has helped us to be careful when discussing agency and strategy, having preferred the term “trajectories” or “uses”.

It is important to consider the semantic trajectory of the concept infant abandonment as well as the ideologies around it (chapter 2). In fact, the first element that needs to be taken into account when discussing the role and consideration of infant abandonment is the disagreement between the variability of situations where there was infant abandonment and the apparent immutability of the concept. As the phenomenon was inserted in the social and ideological fabric, it refers to a specific behaviour and implies an answer contingent to the historical period. Infant abandonment in institutions was a phenomenon whose practice, development and regulation were at the crossroads between discourse over gender roles, social morality, and welfare organization and management. At the end of 19th century, it was also directly and indirectly influenced by medical discourse.

The period 1890-1935 is a bridge between two considerations over infant abandonment, produced by simultaneous changes (with feedback processes) in the medical, moral and welfare discourses. Initially, catholic morality advocated a compulsory separation between mother and illegitimate child, rejecting maternal caring of the child. Thus, infant abandonment was, in theory as well as in practice, a valid option to prevent a greater evil: infanticide. In fact, during the 19th century, welfare organizations prioritized wheels as means of securing anonymous abandonment and preserving ‘virtue’. Additionally, the installation of maternity hospitals was decreed to extend anonymity to pregnancy and delivery as a complementary measure to help reduce the recourse to infanticide.

In the central decades of the 20th century the practice of abandonment was discouraged following a new vision on women’s social function: maternity. Maternity remained from then on at the core of female function but the justification changed from moral to biological. Medical discourse was particularly important in re-shaping the role of women and abandonment through their emphasis on maternal breastfeeding as a tool to reduce infant mortality. This belief brought with it a certain rehabilitation of the figure of the single mother who was offered rearing her illegitimate child as a way to redemption, as because it was her moral and biological function. This change in the discourse must be understood only in the theoretical level as the rehabilitation described did not translate into social consideration. Political discourse, literature, morality and popular culture still deemed single women as ‘guilty’, and talked about their ‘misfortune’. In spite of this consideration, responsibility did start to be directed

towards men who did not accept their responsibility measures to investigate paternity started to be demanded and were eventually proclaimed.

From the point of view of public assistance, as traditional subjects of it, foundlings' treatment did not experience major changes until the 20th century. However, individual institutions did experience some changes, adapting to the growing resort to foundling hospitals for reasons different than illegitimacy, generally brought about by pauperization. Thus, there was a strong relationship between the specific forms provincial assistance (and institutions) took, and the social reality where they were located. In the case of the FHM, the keys are the evolution of Madrid as city as well as capital in the midst of great transformations, its demography and its welfare assistance framework (chapter 3).

Between the end of 19th century and the beginning of the 20th, the city experienced the most important changes. Once seen as a dormant and parasitic city, nowadays it is clear that Madrid was immersed in a modernization process in the same way as other European cities: urbanization, population growth, social change, etc. With property development around a growing urban industry, Madrid established itself as a financial centre, organizing the national market, going through all phases of modernization.

Among the key demographic characteristics of the city, we have to emphasize the biunivocal relationship between city and institution: the city (the flows and characteristics of its population) determined the recourse to the institution while the FHM, in its turn, contributed significantly to the city's dynamics. Madrid's is a clear case in which understanding the historical specificity of event registration helps us to understand demographic statistics properly. On the one hand, the city determined the FHM's starting conditions: the type of women and families living in the city (or being attracted to it). From 1900 to 1930 the city doubled its population (from half to one million inhabitants), migration being the driving force behind it, characterized by a high feminization (most of this population was employed in the domestic service). Fertility was considerably reduced (although illegitimacy was high), and mortality, particularly infant mortality, was quite high. On the other hand, the Foundling Hospital contributed to the city's demographic dynamics, through births and deaths associated with the institution: the MH and FHM accounted for 80% of institutional births and half of infant deaths in the Inclusa district, while indirectly increasing illegitimacy around its location. The weight of these two institutions in the city's demography was related to their being the main option for pregnant women in need. At the beginning of the 20th century, single women were specifically excluded from municipal welfare provisions although they would be admitted to some with time (Dispensaries for Little Children and Milk Depot). However, general scarcity of institutional assistance made the Foundling Hospital one of the few options for all women.

The central role of the FHM requires understanding its specific characteristics: how institutional policy determined foundling characteristics, and their evolution. This allows us to complete our analysis of deposit of abandonment in the FHM (chapter 4).

From the late 19th century to the beginning of the 20th century, successive changes turned the Foundling Hospital from a traditional institution to a more assistance-driven institution. In 1860, the MH had been installed in an adjacent

building, allowing secret birth and abandonment, but the greater changes were brought about by denunciations in the press of the FHM's extreme mortality, and would go beyond internal regulation changes. The first one was in 1898-99. Its direct consequences were the end to the endemic debt to the external wet nurses and the kick-off of the process to implement the 1904 Infant Protection Law. The next two crisis, 1918 and 19927, brought about the greatest changes, in which doctors were key. At first, the institution had been, for over two decades, under the administration of, an old-fashioned doctor (González Álvarez) who emitted deliberately misleading statistics and archaic explanations for the high mortality in the institution; and then, for a short period, under a doctor weary of change who also shunned responsibility over the matter (Hernández Briz). It would be two young doctors (Bravo Frías and Alonso Muñozerro), embarked in an almost personal crusade, who finally brought about the really significant changes.

Internal changes were: total removal from the old premises to new ones specifically built for the purpose, and close of the wheel in 1927. Ideological changes were: medical acceptance of responsibility in foundling mortality, substitution of foundling image, from 'debris of society' to the acknowledgement that most abandonments were related to material scarcity and not indifference; and compulsory maternal breastfeeding, and general discouragement of abandonment.

These changes determined a shift in the characteristics and profiles of admitted infants (chapter 5) but before it is necessary to describe a registration feature of the FHM that our work has uncovered. If it also existed in other places, scholars have not given it the importance it deserves: technical abandonments.

This term refers to children born in the MH that were abandoned only 'administratively' during the period 1888-1917: their admission was recorded in the FHM's registration books because that was the procedure for all children born in the MH, and so was their 'retrieval'. However, none of those records should have been included as there was never an intention of abandonment. Identifying these cases offers us two advantages. On the one hand, we can study the differences between women living or visiting the city who were making a medical use of the MH, and those truly abandoning in the period 1890-1917. On the other hand, awareness of this bias prevents us from the use of certain econometric analyses associating pure admission numbers with any other variable.

Medical and social discourse acknowledging the importance of economic need behind abandonments mirrors the evolution towards a larger number of legitimate and older children being admitted to the institution. This feature reflects an increase in the use of the FHM with an explicit assistance function, and, to some extent, in temporary uses. Even among illegitimate abandonments, economic causes seemed to be more important than the actual illegitimacy status.

This diversity of uses suggests an important heterogeneity of foundling population and of the reasons behind abandonment, which we have mainly addressed via the differences in origin. An institutional birth could possibly imply, along with abandonment, a need for asylum prior to delivery, for a place for the delivery as well as for medical attention. However, admission a couple of days after birth of a child born in its mother's household should mean a complete different set of conditions, more even

so when admission occurred after the first month of life. Clearly, maternal circumstances (or family's), mediated by means of admission, were key in the existence of heterogeneity in institutionalized children and we have accordingly made them key in our analyses of foundling characteristics. And, thanks to the richness of our dataset, we have been able to expand our research of maternal characteristics to a particular case, sibship abandonment. This analysis has allowed us to analyze in depth a relatively little studied issue: simultaneous or consecutive abandonments.

The central focus of our research of maternal characteristics has not been restricted to admissions. As they had a potential effect in determining foundlings' later life experiences, its study has been continued in the second part of the thesis, linking both, and becoming the explanatory axis of the institutionalized experience.

ANSWERING FROM DEMOGRAPHY QUESTIONS UNEXPLORED BY HISTORY

The second part of the thesis has completed and extended the analysis performed in the first one, while responding to the second research aim: analyzing foundlings' life expectations as a function of circumstances related with their abandonment. Within this general aim, our first specific goal was to provide a new vision over institutionalized lives, through the study of foundling trajectories. After admission, a whole universe of possibilities opened up for foundlings, but the occurrence of certain events was subjected to their life in the institution and their health. Accordingly, contrary to the generalized use of percentages by the traditional literature (and the corresponding underestimation of phenomenon prevalence), we have used longitudinal analysis, which implies a true statistical and demographic approach to the subject.

This methodological change has offered two advantages. Firstly, we have incorporated an invaluable tool for inference: statistical tests that determine if statistically significant differences are found between categories. Secondly, we have portrayed a vision of the foundling hospital experience that reflects reality much better than the previous ones. On the one hand, we have included the importance of placement in the countryside with a wet nurse in the determination of children health not only in our discourse, but also operatively. On the other hand, we have preferred discussing 'trajectories' or 'outcomes' instead of 'destinies' to avoid a lineal approach. The longitudinal vision of foundling lives has allowed us to consider that risk and protective factors occurred across their lifetimes, where cumulative causal chains favoured or limited the event occurrence, and the occurrence of one event necessarily meant the removal from the risk of experiencing another.

Once this new vision of institutionalized life has been defined, the second specific goal was to study the three most common phenomena for foundlings: placement with a rural wet nurse, retrieval by families, and mortality. Additionally, we have described for the three phenomena the same aspects with varying depth. Firstly, we have shown general trends using aggregated analysis. Secondly, we have dealt in depth with the dynamics, causal mechanisms, and behaviours behind each outcome through individual-level analysis.

Particularly, this second type of explanations has included an aspect that few other studies have managed to address up-front, and none in the way it has been

discussed here: the effect of maternal characteristics. We have taken up the discourse from part I on different maternal/family circumstances of foundlings, and their effect on the determination of specific trajectories for each of the three events under study. The main advantage of this type of analysis is the possibility of studying factors 'net' effect, independently of potential interference by other associated variables.

In the particular analysis of breastfeeding in the FHM, infant feeding inside the institution has been explored through contemporary sources, while statistical analyses have been restricted to the probability of being placed in the countryside (chapter 6). Infant feeding before placement has been discussed only theoretically, exploring the reasons leading to directing children towards the Bottle-feeding Department, or wet nurse breastfeeding, in which health, availability of wet nurses, and maternal requests were key. Feeding started a cumulative causal chain treatment-health status that, for those bottle-fed, inevitably led to an early death. Placement in the countryside meant a substantial improvement in survival probabilities, as it guaranteed breastfeeding and removal from the pathological environment of the FHM. However, placement was completely determined by the accumulated health trajectory from admission.

Application of longitudinal methodology for this event has allowed important insights. Firstly, we have investigated the real probability of being placed. Comparison between traditional computations and longitudinal approaches sheds light over a very important aspect of the treatment. A 50% of placed children suggests a low prevalence of the phenomenon, but a probability of being placed before 100 days of 80% suggests that most of those still alive were placed. Secondly, we have been able to study the level of agreement between the medical discourse on the time to be placed and reality of actual placement. At the end of 19th century, only 2-3 days elapsed between admission and placement, as the priority was to send them as soon as possible. From 1900s, this moment was delayed, and until 45-60 days the probability of placement was not really intense. Thirdly, statistical analyses have shown structural patterns in placement never before emphasized: limited placement for children older than 1 year, who otherwise remained in the premises; seasonal pattern related to wet nurse availability that reduced intensity and increased waiting time for those born in summer; preference according to visible characteristics (sex, but only in some moments), or supposedly secret aspects (origin or legitimacy). A consequence of these considerations for the rest of the thesis has been the need to take placement very carefully into account in our models. Specifically, we have included it as a time-varying covariate to mark exactly whether/when this dramatic modifying effect on foundling lives occurred.

After studying placement, the analysis has focused on an event unexplored from the statistical point of view, nationally and internationally: retrieval by mothers or families (chapter 7). In the context of the FHM, the incomplete and disorganized state of the reclamation files has led us to focus our efforts on statistical modelling, approaching the phenomenon from a novel point of view. We can offer information not only on those mothers who claimed a child but also on those who never did so. Contributions offered by our analyses have been several.

Firstly, our approach has offered figures on retrieval incidence that avoid the presence of technical abandonments. The longitudinal measure doubles the traditional one: in 1917 the probability of a child being retrieved before 5 years old (if he was still alive and under the institutions care) was 30%, reaching to 80% at the end of the period.

Secondly, we have engaged in a conceptual effort to understand causes of abandonment and causes of retrieval, paying special attention to the limitations for inference. Contrary to what other authors think, we believe that the amount of circumstances that could mediate between admission and retrieval was such that we cannot understand short term abandonment exclusively as a function of the cases that did experience retrieval. They were only successful realizations of the temporary use of the institution we have already mentioned.

Thirdly, we have been able to distinguish between maternal characteristics related to the probability of experiencing an early retrieval (technical abandonment) and regular retrieval successfully completed (short term abandonment). Children born in the MH from mothers native of Madrid, or younger than 35 years old, or married, were those with higher probabilities of experiencing an early retrieval. Characteristics associated to regular retrieval were being legitimate and abandonment through the turning wheel.

This chapter has closed the circle started when discussing at the beginning the importance of new uses of the institution following the social changes and the different institutional trajectories. With the passing of time, being admitted to the FHM had started to involve very different family circumstances and imply very different retrieval probabilities. However, the net volume of retrieval did not really grow until later in our period, as survival probabilities would be very thin until the 1920s.

In spite of all the scholarship devoted to foundling mortality our level of knowledge is relatively limited if we go beyond its extreme manifestations, as scholarship in general (except the specific scholars we have already mentioned) has restricted itself to percentage computation for each generation, and to general explanations. Accordingly, it was necessary to perform a general trend analysis and individual level analyses of factors to shed some light about topics unexplored by previous literature. The analyses have been carried out in the last two chapters.

Regarding the general trend from the longitudinal perspective (chapter 8) we have first arrived at three conclusions through the computation of traditional and longitudinal measures: a) the FHM's high infant mortality was not a unique phenomenon in Spain; b) under-registration presented by traditional mortality computations ranges between 10-60% for infant mortality; and c) mortality computed using traditional demographic intervals allows to compare the figures with general population rates. That comparison shows us that FHM's mortality figures double or treble the city's infant and early childhood mortality as infant mortality ranged between 600-800‰ until 1921 and early childhood mortality presented very similar figures.

Second, the analysis of the risk of dying through the two life intervals under study (infant and early childhood) through children life times, has allowed us to infer risks affecting children during institutionalization. On the one hand, we have found an 'institutional effect' over the probability of dying of admitted children independent from their age: the dramatic increase of their probabilities of dying, probably caused by the institution's pathological environment and the feeding they received (defective and/or insufficient). The clearest example of this phenomenon can be seen in the increase of newborn mortality for abandoned during the first week of life, which is contrary to the

regular distribution of mortality (declining during the first year of life). On the other hand, in spite of the selective potential, this initial impact over the health of foundlings younger than one month implied an irreparable damage to their health (scarring) that manifested itself in an additional increase of mortality later on: around 70 days of age.

Third, the analysis of the specific causes of death has been done through the use of a standardized etiological classification to code the problematic diagnosis expressions reported in the FHM's records. We have discovered a very important change in the diagnosis criteria associated with the doctors in charge that stemmed from their ideas about the ultimate causes of foundling mortality. González Álvarez blamed it to artificial feeding problems, and Hernández Briz found pre-conditions that were responsible of infants' inability to respond properly to the institution's treatments. Only Bravo and Alonso assumed the responsibility over foundling mortality and introduced more modern diagnosis criteria. In any case, in spite of changes of criteria, it is clear that foundling mortality had a much higher component of infectious diseases (particularly striking in the neonatal period) than Madrilenian children and this feature also remained when they were placed in the countryside.

In the last chapter, as we had previously done for retrieval, we have analyzed the factors that, at the individual level, were associated or even were among the causal mechanisms of excessive mortality for some groups (chapter 9). We have focused mainly on the effect of maternal characteristics or circumstances for two reasons: they are one of the most important groups of factors for infant and early childhood mortality, and had not been properly addressed for foundlings in any other setting.

The interest on maternal characteristics for the general population has allowed us to use a large corpus of knowledge. We have been able to make several contributions: on the one hand, to understand better the factors associated with foundling mortality from a general perspective and, on the other hand, to illustrate differences and similarities with the experience of mortality of the general population, and to test to what extent demographic continuities found for the general population still hold true for extreme situations.

Our approach has helped us to build our own theoretical framework in order to understand the determinants of foundling mortality and, from there, focus on the role of maternal characteristics. A first analysis has allowed us to conclude that, although mortality in foundling hospitals has been considered responsible for levelling off foundlings' experiences, there were actually maternal factors that determined better or worse survival probabilities, though only during the neonatal period: maternal information and origin. After that interval, we have been able to find almost no differences. We have found no evidence supporting the existence of the illegitimate children mortality penalty, which has been found for many other contexts, even institutional ones. Our results suggest that there was a selection according to health and economic situation at admission in the FHM that operated more strongly on legitimate children: they were in a definitely worse situation than illegitimate children.

In a second analysis, we have searched for the existence of other family/maternal effects that could not be easily captured by available variables for our setting, but could account for an additional family/maternal component in foundling mortality. Accordingly, we have studied the survival probabilities of groups of

abandoned siblings in the FHM and found the existence of an “outcome” correlation between siblings, same as has been found for the general population. A meaningful consequence of this finding is that the family death clustering (associated with sibling death correlation) that has been found for the population at large, does not necessarily depend on breastfeeding and maternal care, which were two of the suggested pathways, as it was present even for children who did not spend any time with their mothers. However, as in the previous case, this family/maternal effect can only be found at the earliest moment of admission to the institution.

GLOBAL ASSESSMENT: LIMITATIONS AND CONTRIBUTIONS

Each chapter has attempted to address in a novel and rigorous way particular research questions for each of the topics within our aims: the deposit of children in the FHM and their life expectations. To conclude, it is adequate to acknowledge some limitations to the scope of our analysis and to draw together our contributions in order to offer a balanced view of the research done in this thesis.

Regarding limitations, we can distinguish five groups: sources, approach, analysis, inference, and research topics.

Sources. Our main data source offers very rich information on some aspects, but clearly lacks some others. Additional information such as reclamation files, medical files, or other similar documents have not been found or we have been unable to use them. Accordingly, we have restricted ourselves to focus exclusively on the information contained on the Admission Book and the Entries and Exits Book. This decision has conditioned the variables available for the analysis: socio-economic status, family history, maternal reproductive history, and paternal information.

In order to make up for this absence, we have collected sub-samples to gather some of these details: employment, literacy, address, and family structure. However, precisely these two sources have shown the true difficulties of obtaining that type of information in any context, and the problems arising from their use. On the one hand, selection on the type of mothers found in the listing of inhabitants suggests that their employment and residency instability made them very hard to find and characterize. Even if we could have had the data for all mothers from the listing of inhabitants we would be getting only a partial picture of the women engaged in recourse to the FHM. On the other hand, work on notes left by mothers offers a very sketchy image because too many circumstances were possibly at work: final intention of the abandonment, mother’s literacy, and the use of this medium by the abandoner to ingratiate herself with the FHM, among others. Accordingly, it has been deemed impossible to address some aspects in any context while others have been explored only descriptively, overcoming some of the original deficiencies.

Approach. Our interdisciplinary perspective, halfway between demography and history, has kept us from dealing with individual experience as particular cases. Even when we have emphasized the individual dimension of our analysis, attempting to identify factors associated with the occurrence of events, the focus has actually been on average estimations for all children with particular profiles. Individual case description could have been used to determine trajectories, putting names to cases, but we have

chosen a more macro view, to capture trends and pathways. To subordinate that 'dimension' of the individual has been necessary, precisely because we could not attempt to imply all perspectives.

Analysis. It is important to note that the existence of competitive risks could affect our analysis and the conclusions obtained. However, several tests performed suggest that this fact does not alter radically our results.

Inference. We have made the selective process that led women and children to recourse to the institution the key to all our interpretation: voluntary selection of women and survival to admission. However, it is important to note that this selection was so important that could revert or completely cancel out the effects associated to some variables when compared to the general population. Accordingly, we have always tread carefully when comparing events occurring inside and outside the institution.

Research topics. We have to acknowledge that, among all topics explored by previous scholarship, this thesis has left some gaps: internal and external wet nurses characteristics, detailed treatment of what happened during placement with wet nurses; transference to hospice; child fostering; role of fathers, etc. In some cases, lack of adequate data has prevented us from more detailed analyses. In others, we have preferred to leave them out of the explanation as they were beyond the scope of the analytical capabilities of a doctoral dissertation. In any case, we have chosen to make a well-researched and rigorous work on a selection of topics, where we had scope for important contributions.

Regarding contributions, this thesis has globally contributed with evidence on unknown phenomena, new visions for old themes, and has drawn a much more complex and interrelated image of the research topic. Infant abandonment and medicalized birth were the two recourses that could be made to the MH-FHM complex. However, even in the late 19th century, the possibilities of short term abandonments and legitimate abandonment were also part of the options allowed by the institution. Life expectations of foundlings after admission were very thin as mortality was the final outcome for most of them. Age at admission, time spent in the institution and institutional treatment were key elements to understand the heterogeneity of their experiences. Our analysis has attempted to study the interdependence of the probabilities of experiencing different outcomes, relating this variety of options to the circumstances that triggered abandonment. Maternal characteristics and the specific means of admission (MH or Other Origins) were key to determine their future, although the strength of mortality finally levelled their chances off.

This image has been composed through the contributions to all the disciplines used, even marginally, in this work. For history, we have offered a variety of new evidences and interpretations of foundling experience that has helped to give reality to the foundling population in a way different than that of previous scholarship. Moreover, the expansion of the discourse to the causes of admission to the FHM has contributed to place the recourse to the FHM among the survival strategies of the lower classes.

For historical demography, we have offered a double contribution: we have illustrated the demographic dynamic specific of an extreme context, and we have tested general continuities on demographic behaviour in that context. Accordingly, foundling

mortality level, age and cause structure have allowed us to establish comparisons with non-institutionalized populations. What is more, the study of an urban institution has implications in wider demographic debates, such as the urban penalty, offering important insights into mortality within cities.

For the history of medicine and epidemiology, contributions are much more limited but interesting nonetheless. For the first, through medical discourse and cause of death diagnosis, we have observed the generational and ideological changes, which can contribute to a better knowledge of a period that witnessed the birth of Public health, Paediatrics and Child Care. For the second, evidences found for foundling mortality fit perfectly with current research discoveries on the effect of early life events on later life, which is one of the most important topics in contemporary health studies.

For the history of women and of public assistance, the discourse has not attempted to engage in their debates but has, in any case, illustrated the convergence between assistance, medical and moral discourse over women and abandonment. We have attempted to escape from and exclusively local discourse and link our research to international literature, both when comparing data and using the most updated research. Thus, we have attempted to place this topic, but for the Spanish context, at the level of international scholarship, to contribute not only to foundling studies but to the progress of the disciplines involved.

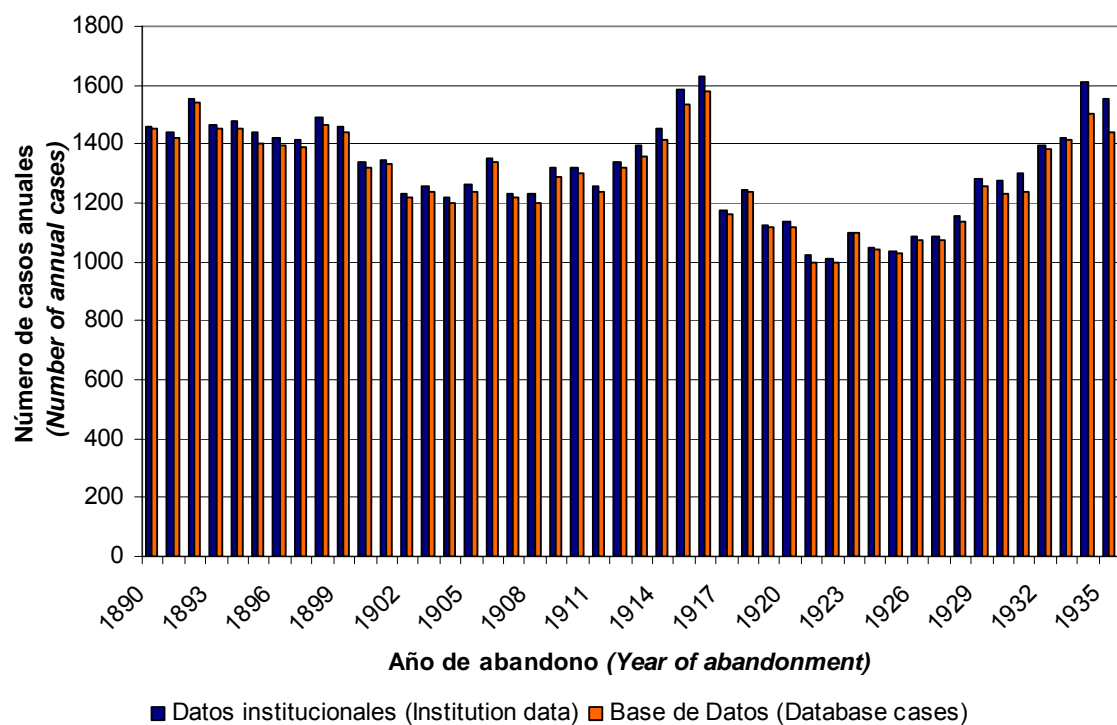
Finally, we believe that this thesis is an interdisciplinary research project in which we have shown the advantages that a rigorous combination of methodologies and approaches can bring to our knowledge and interpretation of old research aims. Anchoring demography in history, and allowing demography to search for unexplored questions in our subject, we have offered a piece of research halfway between classic monographs and new concerns in historical research with the potential to lead the way in foundling research.

ANEXOS

ANEXO A

Gráfico A.1. Comparación entre el número de casos anuales ingresados en la institución y el número de casos de la base de datos para cada año una vez incorporada la información de los segundos abandonos en el registro previo.

[Graph A.1. Comparison between annual number of cases admitted in the Foundling Hospital and the number of cases in the database for each year once second abandonments are incorporated in the first record].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

ANEXO B

Tabla B.1. Criterio inicial para la imputación de la legitimidad de los niños admitidos a la Inclusa en función de la combinación de estados civiles de los padres.

Table B.1. [Initial criterion to impute legitimacy for those children admitted at the Foundling Hospital according to the combination of their parents reported marital status].

Estado civil padre <i>(Father's marital status)</i>	Estado civil madre <i>(Mother's marital status)</i>	Legitimidad Asignada <i>(Imputed legitimacy)</i>
No registrado <i>(Not recorded)</i>	No registrado <i>(Not recorded)</i>	DESCONOCIDA <i>(UNKNOWN)</i>
No registrado <i>(Not recorded)</i>	Casada <i>(Married)</i>	LEGÍTIMO <i>(LEGITIMATE)</i>
No registrado <i>(Not recorded)</i>	Soltera <i>(Single)</i>	ILEGÍTIMO <i>(ILLEGITIMATE)</i>
No registrado <i>(Not recorded)</i>	Viuda < 10 meses <i>(Widow <10 months)</i>	LEGÍTIMO <i>(ILLEGITIMATE)</i>
No registrado <i>(Not recorded)</i>	Viuda > 10 meses <i>(Widow >10 months)</i>	ILEGÍTIMO <i>(ILLEGITIMATE)</i>
No registrado <i>(Not recorded)</i>	Viuda ? Meses <i>(Widow monthsun known)</i>	DESCONOCIDA <i>(UNKNOWN)</i>
Casado <i>(Married)</i>	No registrado <i>(Not recorded)</i>	LEGÍTIMO <i>(LEGITIMATE)</i>
Casado <i>(Married)</i>	Casada <i>(Married)</i>	LEGÍTIMO <i>(LEGITIMATE)</i>
Soltero <i>(Single)</i>	Soltera <i>(Single)</i>	ILEGÍTIMO <i>(ILLEGITIMATE)</i>
Viudo <i>(Widower)</i>	No registrado <i>(Not recorded)</i>	LEGÍTIMO <i>(LEGITIMATE)</i>
Soltero <i>(Single)</i>	No registrado <i>(Not recorded)</i>	ILEGÍTIMO <i>(ILLEGITIMATE)</i>
Casado <i>(Married)</i>	Viuda ? Meses <i>(Widow monthsun known)</i>	LEGÍTIMO <i>(LEGITIMATE)</i>
Casado <i>(Married)</i>	Viuda < Meses <i>(Widow <10 months)</i>	LEGÍTIMO <i>(LEGITIMATE)</i>
Casado <i>(Married)</i>	Soltera <i>(Single)</i>	ILEGÍTIMO

Elaboración propia.
[Own elaboration]

Tabla B.2. Criterio de imputación de legitimidad para niños con filiación desconocida en función del patrón de coincidencia de apellidos de madres e hijos.

[Table B.2. Legitimacy imputation criterion for children with unknown legitimacy according to the agreement pattern of mother's and children surnames].

		IDENTIDAD MADRE CONOCIDA (Known mother's identity)	
		Sí (Yes)	No (No)
IDENTIDAD PADRE CONOCIDA (Known father's Identity)	Sí (Yes)	LEGÍTIMO (LEGITIMATE)	LEGÍTIMO (LEGITIMATE)
	No (No)	1º Apellido madre= 1º Apellido hijo ILEGÍTIMO (Mother's 1st surname= Child's 1st surname ILLEGITIMATE)	DESCONOCIDA (UNKNOWN)
		LEG 1º Apellido madre≠ 1º Apellido hijo Y 1º Apellido madre= 2º Apellido hijo LEGÍTIMO (Mother's 1st surname≠ Child's 1st surname AND Mother's 1st surname= Child's 2nd surname LEGITIMATE)	
		1º Apellido madre≠ 1º Apellido hijo Y 1º Apellido madre≠ 2º Apellido hijo LEGÍTIMO (Mother's 1st surname≠ Child's 1st surname AND Mother's 1st surname≠ Child's 2nd surname LEGITIMATE)	

Elaboración propia.
[Own elaboration].

Tabla B.3. Comparación de los resultados de la imputación de legitimidad con la declarada en los padrones de 1900 y 1910.

[Table B.3. Comparison between legitimacy imputation results and the declared legitimacy by women found in 1900 and 1910 census].

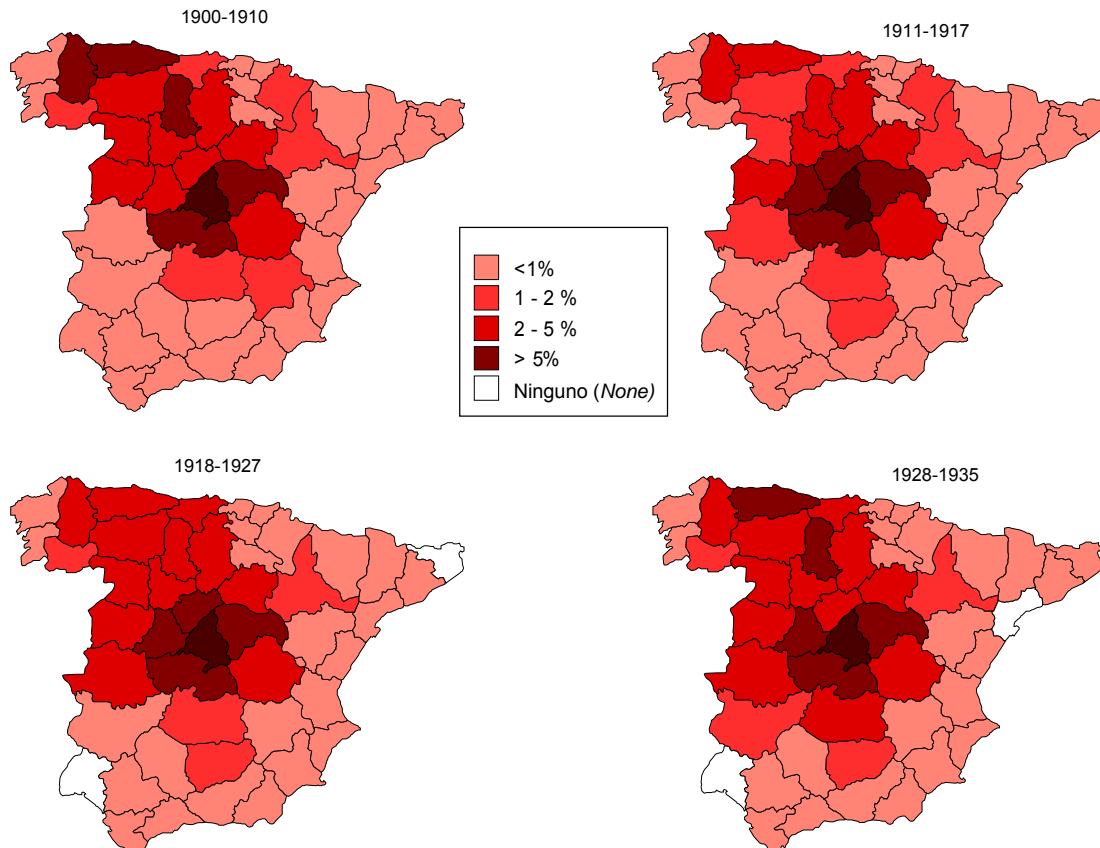
Padrón (Listing of inhabitants)	Legitimidad según nuestra estimación (Legitimacy according to our estimation)			
	1900		1910	
	Legítimos (Legitimate)	Ilegítimos (Illegitimate)	Legítimos (Legitimate)	Ilegítimos (Illegitimate)
Casada (Married)	3	0	16	2
Soltera (Single)	0	17	0	60
Viudas (Widow)	3	4	2	2
Total identificado (Total identified)	27		82	
Total buscado (Total searched for)	172		203	
% Identificado (% identified)	15,70%		40,39%	

Fuente: ARCM e índices de los Padrones de la ciudad de Madrid de 1900 y 1910. Elaboración propia.

[Source: ARCM and 1900 and 1910 listing of inhabitants. Own elaboration].

Mapa B.1. Distribución de los orígenes de las madres dando a luz en la Casa de Maternidad (porcentajes).

[Map B.1. Regional distribution mothers delivering at the Maternity Hospital origins (percentages)].

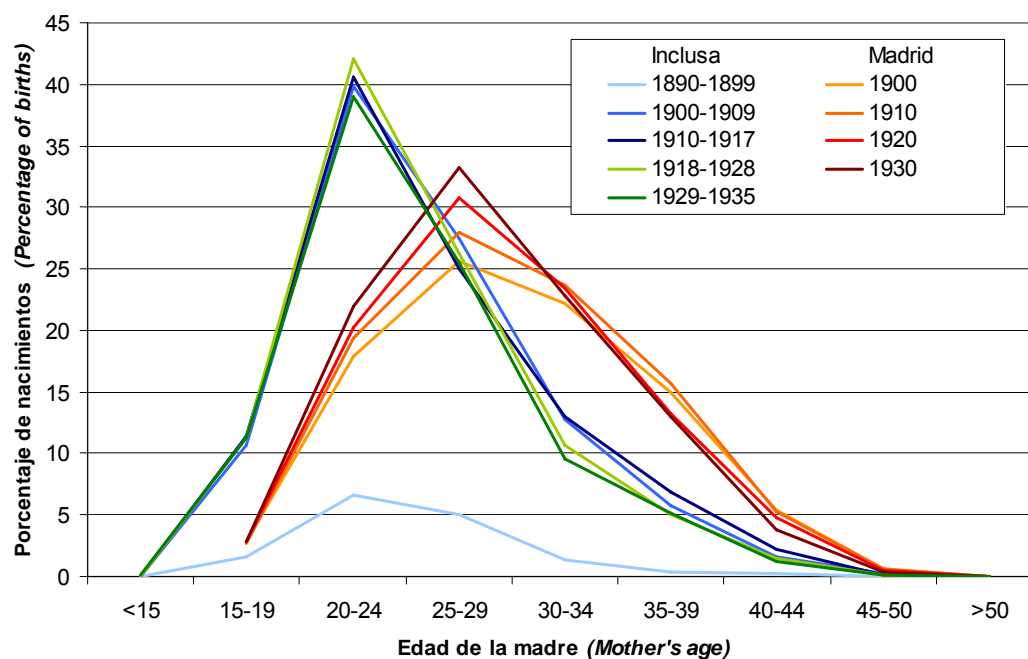


Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

Gráfico B.1. Distribución de nacimientos en Madrid y en la Inclusa según la edad de las madres dando a luz en la Casa de Maternidad (porcentajes).

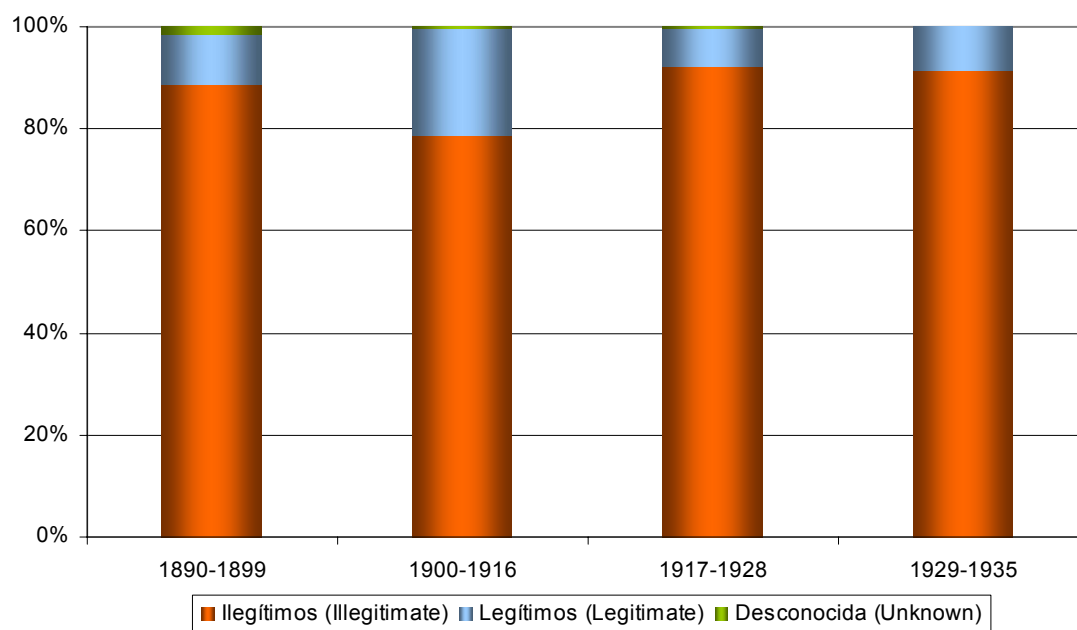
[Graph B.1. Distribution of births according to mothers's age for those delivering at the Maternity Hospital (percentages)].



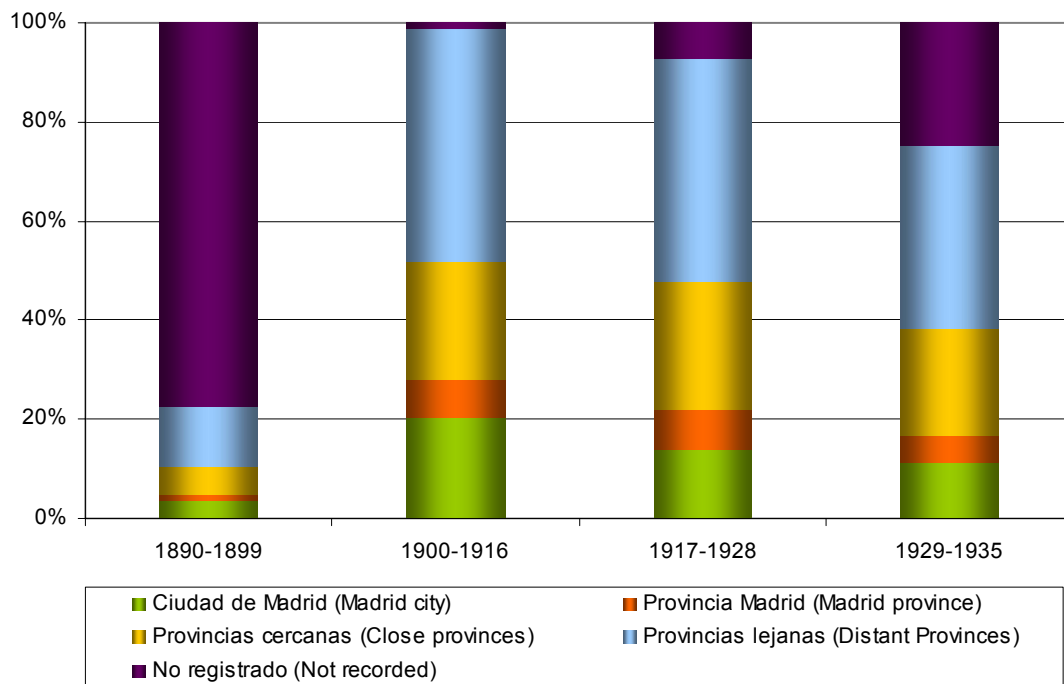
Fuente: ARCM y Estadística Demográfica de Madrid 1900, 1910, 1920 y 1930. Elaboración propia.
[Source: ARCM and Estadística Demográfica de Madrid 1900, 1910, 1920 and 1930. Own elaboration]

Gráfico B.2. Distribución de los abandonos técnicos según legitimidad.

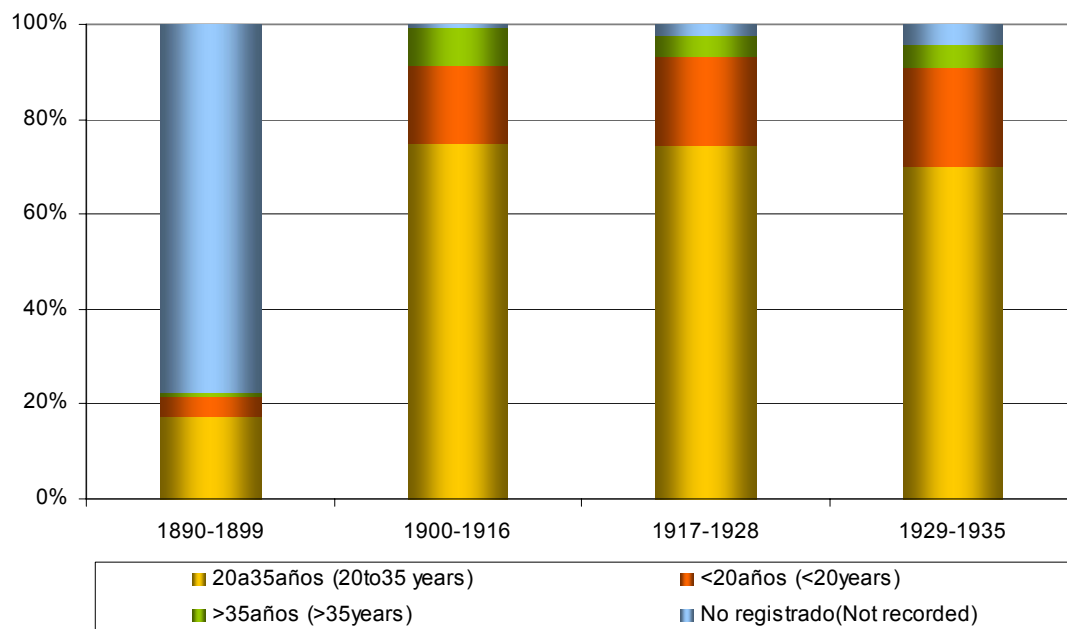
[Graph B.2. Distribution of technical abandonments by legitimacy].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Gráfico B.3. Distribución de los abandonos técnicos según origen de la madre.*[Graph B.3. Distribution of technical abandonments by mother's origin].*

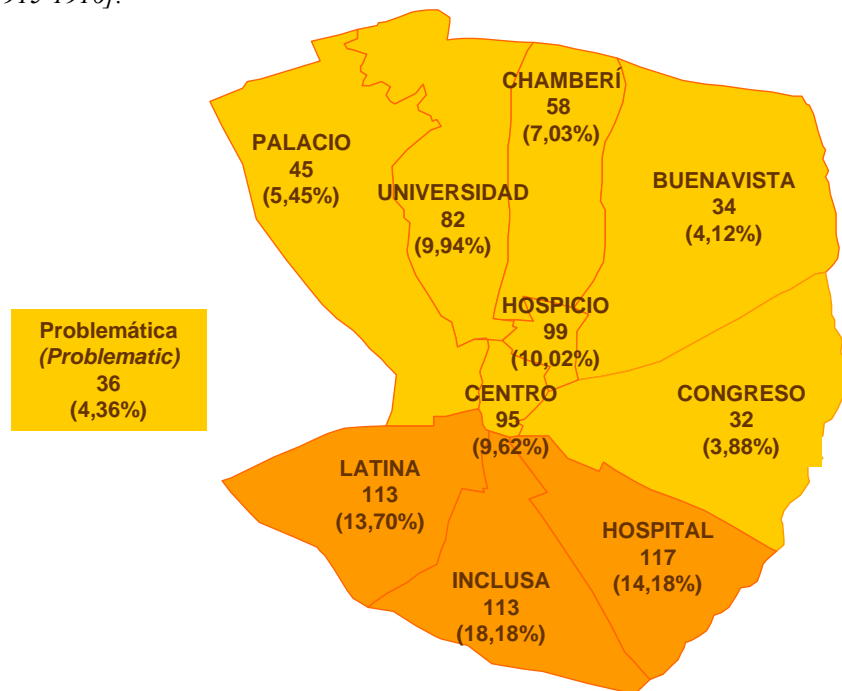
Fuente: ARCM. Elaboración propia.
 [Source: ARCM. Own elaboration]

Gráfico B.4. Distribución de los abandonos técnicos según edad de la madre.*[Graph B.4. Distribution technical abandonments by mother's age].*

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
 [Source: ARCM. Own elaboration].

Mapa B.2. Distrito de residencia declarado por las mujeres que realizaron abandonos técnicos en la Maternidad en 1915-1916.

[Map B.2. Declared district of residence by women carrying out technical abandonmetns at the Maternity Hospital in 1915-1916].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Tabla B.4. Dirección registrada y enlace con el padrón de 1915 de las madres que dieron a luz en Maternidad en el periodo 1915-1916.

[Table B.4. Address reported and linkage to 1915 listing of inhabitants for mothers giving birth in the Maternity Hospital in the period 1915-1916].

	Abandonos regulares (Regular abandonments)	Abandonos técnicos (Technical abandonments)	Total
Reporte dirección			
<i>(Address reporting)</i>			
Dirección completa	951	813	1764
<i>(Complete address)</i>	79,18%	91,86%	84,56%
Dirección parcial	18	14	32
<i>(Partial address)</i>	1,5%	1,58%	1,53%
Pueblo	226	57	283
<i>(Village)</i>	18,82%	6,44%	13,57%
Ninguna	6	1	7
<i>(None)</i>	0,5%	0,11%	0,34%
Total madres Maternidad	1,201	885	2,086
<i>(Total Maternity mothers)</i>	100%	100%	100%
Enlace censo			
<i>(Census linkage)</i>			
No encontradas	767	588	1,355
<i>(Not found)</i>	79,15%	71,1%	75,45%
(Encontradas)	142	185	327
<i>Found</i>	14,65%	22,37%	18,21%
Problemática	60	54	114
<i>(Problematic)</i>	6,19%	6,53%	6,35%
Total madres buscadas	969	827	1796
<i>(Total searched mothers)</i>	100%	100%	100%

Fuente: ARCM y padrón de 1915. Elaboración propia.
[Source: ARCM and 1915 listing of inhabitants].

Tabla B.5. Dedicación declarada por las mujeres que realizaron abandonos técnicos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.

[Table B.5. Declared professional occupation of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address].

	Completa (Complete)	Parcial (Partial)	Pueblo (Village)	Ninguna (None)	Total
Sirvienta (Servant)	318 39,31%	5 35,71%	18 32,73%	341 38,84%	318 39,31%
Sus labores (Home maker)	331 40,91%	9 64,29%	33 60%	373 42,48%	331 40,91%
Asistenta (External servant)	18 2,22%	0 0,00%	0 0,00%	18 2,05%	18 2,22%
Otras domésticas (Other domestic)	9 1,11%	0 0,00%	0 0,00%	9 1,03%	9 1,11%
Dependiente (Sales assistant)	11 1,36%	0 0,00%	0 0,00%	11 1,25%	11 1,36%
Artista/música (Artist/musician)	5 0,62%	0 0,00%	0 0,00%	5 0,57%	5 0,62%
Confección y similar (Clothes-making)	94 11,62%	0 0,00%	4 7,27%	98 11,16%	94 11,62%
Por cuenta ajena (Wage-earner)	11 1,36%	0 0,00%	0 0,00%	11 1,25%	11 1,36%
Obrera (Factory worker)	5 0,62%	0 0,00%	0 0,00%	5 0,57%	5 0,62%
Jornalera (Day laborer)	2 0,25%	0 0,00%	0 0,00%	2 0,23%	2 0,25%
Educadoras (Educators)	5 0,62%	0 0,00%	0 0,00%	5 0,57%	5 0,62%
Total	809 100%	14 100%	55 100%	878 100%	809 100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

Tabla B.6. Alfabetización declarada por las mujeres que realizaron abandonos técnicos en 1915-1916, según tipo de dirección reportada.

[Table B.6 Declared literacy of women admitted at the Maternity Hospital in 1915-1916, according to type of reported address].

	Completa (Complete)	Parcial (Partial)	Pueblo (Village)	Ninguna (None)	Total
No sabe firmar (Doesn't know how to sign)	372 45,76%	9 64,29%	32 56,14%	0 0,00%	413 46,67%
Sabe firmar (Knows how to sign)	390 47,97%	5 35,71%	20 35,09%	0 0,00%	415 46,89%
No registrado (Not recorded)	51 6,27%	0 0%	5 8,77%	1 100%	57 6,44%
Total	813 100%	14 100%	57 100%	1 100%	885 100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Source: ARCM. Own elaboration].

Tabla B.7. Relación con el cabeza de familia y tamaño del hogar de las mujeres que realizaron abandonos técnicos en 1915-1916 en Maternidad y que han sido encontradas en el padrón de 1915.

[Table B.7. Relationship to head of household and household size of mothers giving birth in the Maternity Hospital in 1915-1916 that had been found in the 1915 listing of inhabitants].

Relación con cabeza de familia <i>(Relationship to head of household)</i>	Frecuencias y porcentajes <i>(Frequencies & percentages)</i>	Tamaño de hogar <i>(Household size)</i>	Frecuencias y porcentajes <i>(Frequencies & percentages)</i>
Cabeza de familia <i>(Head of household)</i>	10 5,4%	1-3miembros <i>(1-3 members)</i>	79 42,7%
Compañía <i>(Company)</i>	9 4,8%	4-6 miembros <i>(4-6 members)</i>	75 40,54%
Criada <i>(Servant)</i>	16 8,6%	>6 miembros <i>(>6 members)</i>	31 16,76%
Otro familia <i>(Other relative)</i>	12 6,5%	Total	185
Hermana <i>(Sister)</i>	7 3,8%		100%
Hija <i>(Daughter)</i>	53 28,5%		
Huésped <i>(Guest)</i>	8 4,3%		
Madre <i>(Mother)</i>	1 0,5%		
No registrado <i>(Not recorded)</i>	8 4,3%		
Esposa <i>(Wife)</i>	60 32,3%		
No familia <i>(Not relative)</i>	2 1,1%		
Total	186 100%		

Fuente: ARCM y Padrón de Madrid de 1915. Elaboración propia.
[Source: ARCM and 1915 listing of inhabitants. Own elaboration].

Tabla B.8. Número de niños implicados por los grupos de hermanos abandonados en función de edad, tipo de abandono y filiación.

[Table B.8 Number of children involved in sibship abandonment according to age at admission and type of abandonment]

	Menos del 50% Consecutivos (Less than 50% Consecutive)	50% Simultáneos o más (50% simultaneous or more)	Total
ILEGÍTIMOS (ILLEGITIMATE)			
Todos < 1 mes	788	216	1004
<i>(All <1month)</i>	71,44%	19,58%	91,02%
Todos 1mes-1año	0	11	11
<i>(All 1month-1year)</i>	0,00%	1,00%	1,00 %
Todos >1año	6	34	40
<i>(All >1year)</i>	0,54%	3,08%	3,63 %
Todos diferentes edades	24	24	48
<i>(All different ages)</i>	2,18%	2,18%	4,35%
Total	818	285	1,103
Todos < 1 mes	74,16%	25,84%	100 %
LEGÍTIMOS (LEGITIMATE)			
Todos < 1 mes	58	51	109
<i>(All <1month)</i>	13,78%	12,11%	25,89%
Todos 1mes-1año	0	9	9
<i>(All 1month-1year)</i>	0,00%	2,14%	2,14 %
Todos >1año	21	208	229
<i>(All >1year)</i>	4,99%	49,41%	54,39 %
Todos diferentes edades	9	65	74
<i>(All different ages)</i>	2,14%	15,44%	17,58 %
Total	88	333	421
	20,90%	79,10%	100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

ANEXO C

Tabla C.1. Distribución total de destinos.

[Table C.1. Total distribution by destinies].

	Frecuencia (Frequency)	%
Muerte (Death)	37106	62,57%
Retorno (Retrieval)	14520	24,49%
Hospicio (Hospice)	4509	7,60%
Prohijados (Fostered)	113	0,19%
Prohijado informal (Informal fostering)	1626	2,74%
Retornados a la Inclusa (Returned to FH)	165	0,28%
No registrado (Not recorded)	164	0,28%
Total	59301	100%

Fuente: ARCM. Elaboración propia. [Source: ARCM. Own elaboration].

Gráfico C.1. Anuncio de Natel publicada en El Sol, 7 de enero de 1927, pág.5.

[Graph C.1. Natel Advertisement published on El Sol, January 7th, 1927, pág.5].

Los informes de los más prestigiosos especialistas de enfermedades de la infancia demuestran la conveniencia de emplear

N A T E L

en la alimentación de los niños.

El doctor Ramón Lobo Regidor, decano de la Beneficencia Provincial de Madrid, ha certificado que, de los informes suministrados por los profesores de la Inclusa doctores D. Juan Bravo Frías y D. J. A. Muñoz, que han experimentado en dicho establecimiento el alimento "Natel", que se trata de una excelente harina para la alimentación infantil.

El doctor G. Vidal Jordana, catedrático de Enfermedades de la infancia de la Facultad de Medicina de Valladolid, manifiesta que sigue obteniendo muy brillantes resultados con el empleo del "Natel" en la alimentación infantil.

Adoptado en la Inclusa y Asilo de Madrid, Inclusa de Barcelona, Burgos, etc., por sus excelentes resultados.

Gráfico C.2. Anuncio de Natel publicada en La Vanguardia, 11 de noviembre de 1932, pág.11.

[Graph C.2. Natel Advertisement published on La Vanguardia, 11 de noviembre de 1932, pág.11].

-NATEL EN LA NUTRICION DE LOS NIÑOS

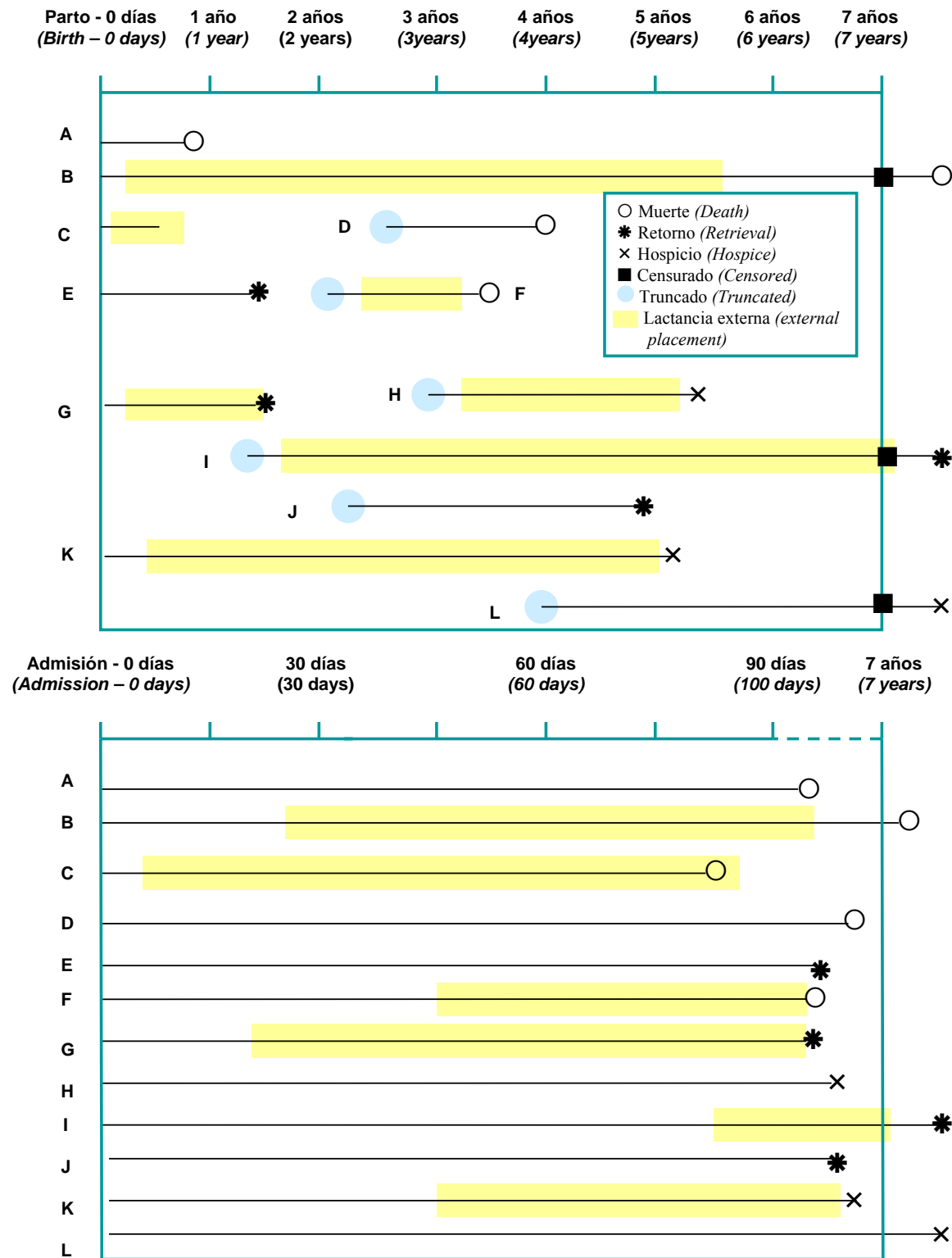
Continuamos la publicación de valiosas opiniones sobre la alimentación infantil. El eminente Dr. Muñoz, Profesor de la Escuela Municipal de Puericultura, y de la Inclusa de Madrid, dice:

«En la mayoría de los casos en que hemos empleado el alimento Natel la curva de peso ascendió en proporciones notables, marcándose de modo evidente, el contraste con las observaciones anteriores. Con el empleo del alimento Natel, el peso sube en proporciones superiores a lo que venía sucediendo. En los niños destetados, Natel produce un efecto admirable, teniendo en la actualidad muchos en la Inclusa, cuyo alimento exclusivo es Natel.»

Laboratorio Llopis, Paseo Rosales, 12 - Madrid.

Gráfico C.3. Cambio del eje temporal (de la edad a los días desde la admisión) para el estudio longitudinal del tiempo hasta el envía o lactar).

[Graph C.3. Time axis change (from age to days to placement) for the longitudinal study of time to placement].



Elaboración propia.
[Own elaboration].

Tabla C.2. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función de la estación de abandono. Comparación de eventos observados y esperados.

[Table C.2. Test of equality of the probability of being placed according to abandonment season. Comparison of observed and expected events].

	Eventos observados (Observed events)	Eventos esperados (Eventos esperados)
Primavera (Spring)	7624	7267,04
Verano (Summer)	4651	7517,48
Invierno (Winter)	8022	6540,81
Otoño (Autumn)	7107	6078,67
Total	27404	27404
$\chi^2(3) =$	1696,49	
$Pr > \chi^2 =$	0,000	

Test de Wilcoxon de igualdad de probabilidades. $Pr > \chi^2$ menor que 0.05 implica existencia de diferencias estadísticamente significativas. Análisis estratificado por periodo.

[Wilcoxon test for equality of probabilities. $Pr > \chi^2$ lower than 0.05 means statistically significant differences. Analysis stratified by period].

Tabla C.3. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función del sexo. Comparación de eventos observados y esperados.

[Table C.3. Test of equality of the probability of being placed according to sex. Comparison of observed and expected events].

	1890-1899		1900-1916		1917-1928		1929-1935	
	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)
Femenino (Female)	4445	4516,66	4646	4972,8	2311	2353,72	1908	1961,12
Masculino (Male)	4745	4673,34	4837	4510,2	2357	2314,28	2155	2101,88
Total	9190	9190	9483	9483	4668	4668	4063	4063
$\chi^2(1) =$		2,4		46,11		1,58		2,81
$Pr > \chi^2 =$		0,121		0,000		0,208		0,093

Test de Wilcoxon de igualdad de probabilidades. $Pr > \chi^2$ menor que 0.05 implica existencia de diferencias estadísticamente significativas. Análisis estratificado por periodo.

[Wilcoxon test for equality of probabilities. $Pr > \chi^2$ lower than 0.05 means statistically significant differences. Analysis stratified by period].

Tabla C.4. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función del origen. Comparación de eventos observados y esperados.

[Table C.4. Test of equality of the probability of being placed according to origin. Comparison of observed and expected events].

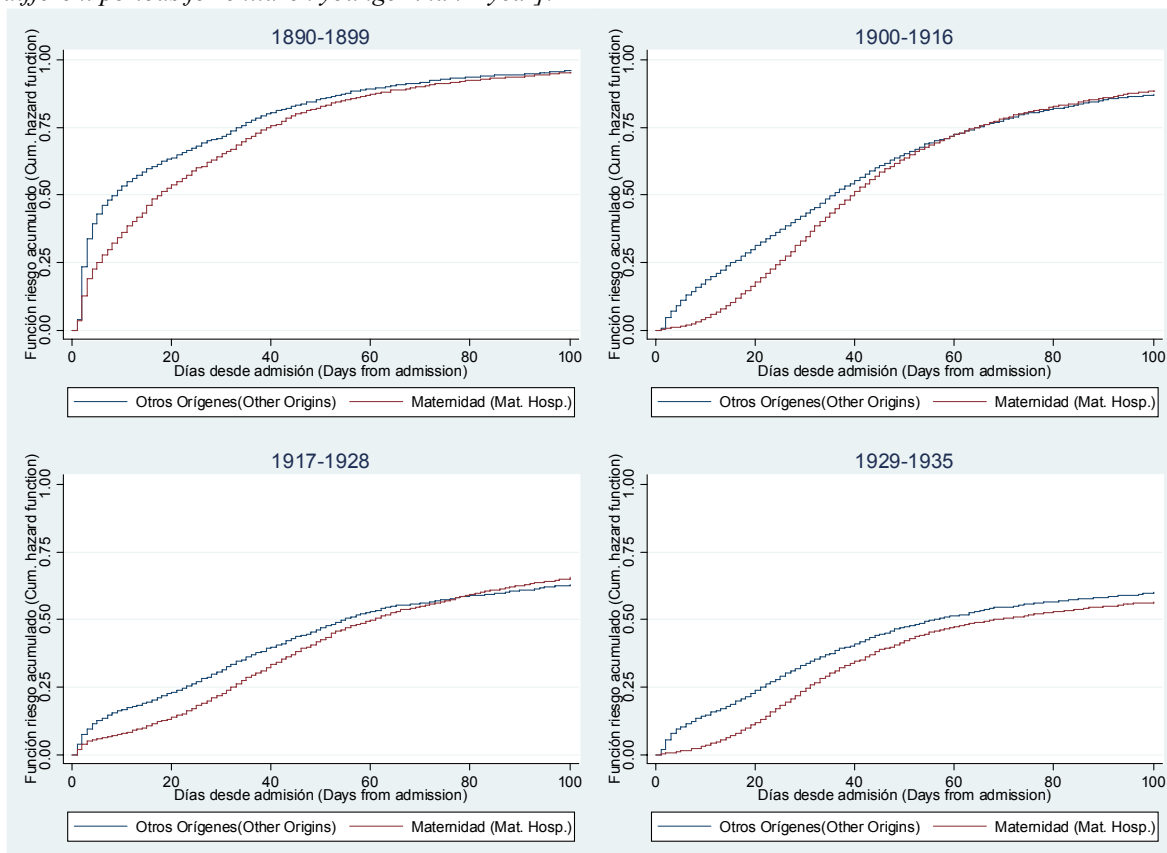
	1890-1899		1900-1916		1917-1928		1929-1935	
	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)
Otros Orígenes (Other Origins)	4690	3908,84	4219	4005,16	2439	2460,06	2097	2098,45
Maternidad (Mat. Hosp.)	4500	5281,16	5264	5477,84	2229	2207,94	1966	1964,55
Total	9190	9190	9483	9483	4668	4668	4063	4063
$\chi^2(1) =$		292,89		20,39		0,39		0
$Pr > \chi^2 =$		0,000		0,000		0,5337		0,9634

Test de Wilcoxon de igualdad de probabilidades. $Pr > \chi^2$ menor que 0.05 implica existencia de diferencias estadísticamente significativas. Análisis estratificado por periodo.

[Wilcoxon test for equality of probabilities. $Pr > \chi^2$ lower than 0.05 means statistically significant differences. Analysis stratified by period].

Gráfico C.4. Probabilidad acumulada de ser enviado a lactar en función del origen para varios periodos para los menores de 1 año

[Graph C.4. Cumulative hazard of being placed in the countryside according to means of admission for different periods for children younger than 1 year].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Tabla C.5. Test de igualdad de la probabilidad de ser enviado a lactar en función de la filiación. Comparación de eventos observados y esperados.

[Table C.5. Test of equality of the probability of being placed according to legitimacy status. Comparison of observed and expected events].

	1890-1899		1900-1916		1917-1928		1929-1935	
	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)	Esperados (Expected)	Observados (Observed)
Ilegítimos (Illegitimates)	6111	6507,1	6560	6489,5	3103	2966,93	2960	2784,34
Legítimos (Legitimates)	792	654,14	931	1029,04	498	599,16	605	778,81
Desconocida (Unknown)	2287	2028,75	1992	1964,46	1067	1101,91	498	499,85
Total	9190	9190	9483	9483	4668	4668	4063	4063
$\chi^2(2) =$	chi2(2)	92,79	chi2(2)	10,73	chi2(2)	24,82	chi2(2)	50,43
$Pr > \chi^2 =$		0,000		0,0047		0,000		0,000

Test de Wilcoxon de igualdad de probabilidades. $Pr > \chi^2$ menor que 0.05 implica existencia de diferencias estadísticamente significativas. Análisis estratificado por periodo.

[Wilcoxon test for equality of probabilities. $Pr > \chi^2$ lower than 0.05 means statistically significant differences. Analysis stratified by period].

Tabla C.6. Ranking de pueblos con un mayor número de nodrizas lactando a niños en los distintos periodos.

[Table C.6. Ranking of villages with higher number of wetnurses with foundlings from the Foundling Hospital of Madrid].

1890-1899			1900-1916		1917-1928		1929-1935		
	Pueblo (Village)	Frec. (Freq.)	Pueblo (Village)	Frec. (Freq.)	Pueblo (Village)	Frec. (Freq.)	Pueblo (Village)	Frec. (Freq.)	
1	San Juan Del Molinillo (AV)	419	Navatalgordo (AV)	694	San Juan Del Molinillo (AV)	430	Navatalgordo (AV)	434	
2	Navatalgordo (AV)	355	Navaluenga (AV)	528	Navatalgordo (AV)	324	San Juan Del Molinillo (AV)	323	
3	Burgohondo (AV)	308	San Juan Del Molinillo (AV)	489	Mondejar (GU)	257	Navarredondilla (AV)	243	
4	Navaluenga (AV)	280	Mondejar (GU)	389	Valdilecha (MAD)	231	Navalosa (AV)	220	
5	Casavieja (AV)	266	Burgohondo (AV)	369	Hinojosa De San Vicente (TO)	201	Burgohondo (AV)	206	
6	Pedro Bernardo (AV)	243	Valdilecha (MAD)	350	Real De San Vicente (TO)	157	Navalacruz (AV)	184	
7	Pastrana (GU)	241	Navarredondilla (AV)	257	Navalacruz (AV)	150	Mondejar (GU)	181	
8	Navarredondilla (AV)	196	Navarrevisca (AV)	241	Navalosa (AV)	146	Real De San Vicente (TO)	179	
9	Navalmoral (AV)	181	Fuentelelcina (GU)	231	Zarzuela De Jadraque (GU)	146	Hinojosa De San Vicente (TO)	145	
10	Serranillos (AV)	157	Pastrana (GU)	224	Navarrevisca (AV)	128	Navalmoral (AV)	143	
11	Galve (GU)	150	Navalacruz (AV)	216	Almoguera (GU)	126	Valdilecha (MAD)	137	
12	Fuentelelcina (GU)	143	Navalmoral (AV)	206	Pelahustan (TO)	119	Navarrevisca (AV)	134	
13	Valdilecha (MAD)	125	Tielmes (MAD)	192	Navarredondilla (AV)	108	Almoguera (GU)	93	
14	Navalosa (AV)	120	Serranillos (AV)	190	Navaquesera (AV)	101	Pelahustan (TO)	90	
15	Yebra (GU)	108	Navalosa (AV)	188	Tielmes (MAD)	94	Tielmes (MAD)	79	
16	Navarrevisca (AV)	97	Valdeconcha (GU)	177	Mijares (AV)	91	Navaquesera (AV)	71	
17	Campillo De Ranas (GU)	96	Almoguera (GU)	144	Pastrana (GU)	87	Zarzuela De Jadraque (GU)	59	
18	Fuente novilla (GU)	90	Navaquesera (AV)	143	Fuentelelcina (GU)	77	Gavilanes (AV)	57	
19	Pezuela De Las Torres (MAD)	89	Ordial (GU)	143	Serranillos (AV)	73	Hoyocasero (AV)	52	
20	Membrillera (GU)	88	Orusco (MAD)	134	Ordial (GU)	65	Fuentelelcina (GU)	51	
		40.17			54.78			59.49	66.98

Nota: AV (Avila); GU (Guadalajara); MAD (Madrid); TO (Toledo). Los pueblos aparecen en negrita a partir del Segundo periodo cuando son municipios que no habían aparecido en la lista anterior entre los 20 primeros. Fuente: ARCM. Elaboración propia.

[Note: AV (Avila); GU (Guadalajara); MAD (Madrid); TO (Toledo). Villages appear in bold from the second column onwards when they appear anew and were not in the top 20 list in the previous period. Source: ARCM. Own elaboration].

ANEXO D

Tabla D.1. Resultados de los modelos multivariantes (regresión logística) para recuperación temprana en la Casa de Maternidad.

[Table D.1. Results from multivariate models (logistic regression) for early retrieval from the Maternity Hospital].

	Odds Ratio	Intervalo de confianza (Confidence Interval)
Sexo (ref.Femenino) <i>Sex (ref.Female)</i>		
Masculino (Male)	1,04	[0,99-1,10]
Legitimidad (ref.ilegítimos) <i>Legitimacy (ref.ileg)</i>		
Legítimos (Legitimate)	2,76	[2,54-2,98]
Desconocida (Unknown)	0,78	[0,48-1,07]
Estación (ref. Primavera) <i>Season (ref. spring)</i>		
Verano (Summer)	1,24	[1,16-1,32]
Invierno (Winter)	0,97	[0,90-1,04]
Otoño (Autumn)	1,14	[1,06-1,22]
Edad de la madre (ref. 20-35 años) <i>Age of mother (ref.20-35 years)</i>		
Menos de 20 años (Up to 20 years)	0,99	[0,92-1,07]
Más de 35 años (More than 35)	0,88	[0,78-0,99]
No registrado (Not reported)	0,66	[0,53-0,79]
Provincia de la madre (ref. Provincias lejanas) <i>Province of mother (ref. distant provinces)</i>		
(Provincia de Madrid) <i>Madrid province</i>	0,95	[0,84-1,05]
Provincias cercana (Close provinces)	0,82	[0,76-0,88]
Ciudad de Madrid (Madrid city)	1,47	[1,35-1,59]
(No registrado) <i>Not recorded</i>	1,06	[0,88-1,25]
Semana (ref. 1) <i>Week (ref. 1)</i>		
Semana 2 (Week 2)	0,83	[0,78-0,88]
Semana 3 (Week 3)	0,14	[0,12-0,16]

(cont.)

Periodo (ref. 1890-1899)		
<i>Period (ref. 1890-1899)</i>		
1900-1916	1,24	[1,10-1,38]
1917-1929	0,25	[0,21-0,30]
1930-1935	0,08	[0,03-0,13]
<hr/>		
SemanaXPeriodo (ref. Semana 1 1890-1899)		
<i>WeekxPeriod (ref. Week1 1890-99)</i>		
Semana2X1917-1931	3,12	[2,92-3,32]
<i>(Week2X1917-1931)</i>		
Semana3X1917-1931	31,25	[31,05-31,45]
<i>(Week3X1917-1931)</i>		
Semana2X1932-1935	1,25	[1,02-1,48]
<i>(Week2X1932-1935)</i>		
Semana3X1932-1935	3,11	[2,31-3,90]
<i>(Week3X1932-1935)</i>		

Nota: Análisis longitudinal en tiempo discreto: 3 intervalos de una semana.
[Note: discrete-time longitudinal analysis: 3 weekly intervals].

Tabla D.2. Resultados de los modelos multivariantes (regresión logística) para recuperación regular para la Casa de Maternidad y Otros Orígenes.

[Table D.2. Results from multivariate models (logistic regression) for early retrieval from the Maternity Hospital].

	Maternidad (<i>Maternity Hospital</i>)		Otros Orígenes (<i>Other Origins</i>)	
	Odds Ratio Robusto (<i>Robust OR</i>)	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Odds Ratio Robusto (<i>Robust OR</i>)	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)
Sexo (ref.Femenino) <i>Sex (ref.Female)</i>				
Masculino (<i>Male</i>)	0,96	[0,88-1,05]	1,10	[1,03-1,17]
Edad (ref. <1 año) <i>Age (ref. <1 year)</i>				
> 1 año (<i>>1 year</i>)	1,21	[0,64-1,78]	1,74	[1,59-1,88]
Legitimidad (ref.ilegítimos) <i>Legitimacy (ref.ileg)</i>				
Legítimos (<i>Legitimate</i>)	1,42	[1,18-1,67]	1,21	[1,10-1,32]
Desconocida (<i>Unknown</i>)	1,08	[0,60-1,56]	0,77	[0,70-0,84]
Provincia de la madre (ref. Provincias lejanas) <i>Province of mother (ref. distant provinces)</i>				
(Provincia de Madrid) <i>Madrid province</i>	0,75	[0,56-0,93]		
Provincias cercana (<i>Close provinces</i>)	0,96	[0,79-1,13]		
Ciudad de Madrid (<i>Madrid city</i>)	1,07	[0,90-1,25]		
(No registrado) <i>Not recorded</i>	0,87	[0,65-1,09]		
Edad de la madre (ref. 20-35 años) <i>Age of mother (ref.20-35 years)</i>				
Menos de 20 años (<i>Up to 20 years</i>)	1,13	[0,99-1,27]		
Más de 35 años (<i>More than 35</i>)	0,65	[0,49-0,80]		
No registrado (<i>Not reported</i>)	1,55	[1,14-1,86]		
Información sobre la madre (ref.ninguna) <i>Mother's information (ref. none)</i>				
Alguna (<i>Somedata</i>)			1,46	[1,32-1,61]
Tiempo de estancia (ref.1 año) <i>Length of stay (ref. 1 year)</i>				
2 años (<i>2 years</i>)	3,23	[2,79-3,67]	1,65	[1,52-1,79]
3 años (<i>3 years</i>)	2,26	[1,80-2,72]	0,98	[0,85-1,11]
4 años (<i>4 years</i>)	1,94	[1,48-2,40]	0,76	[0,63-0,89]
5 años (<i>5 years</i>)	1,56	[1,15-1,97]	0,68	[0,54-0,81]

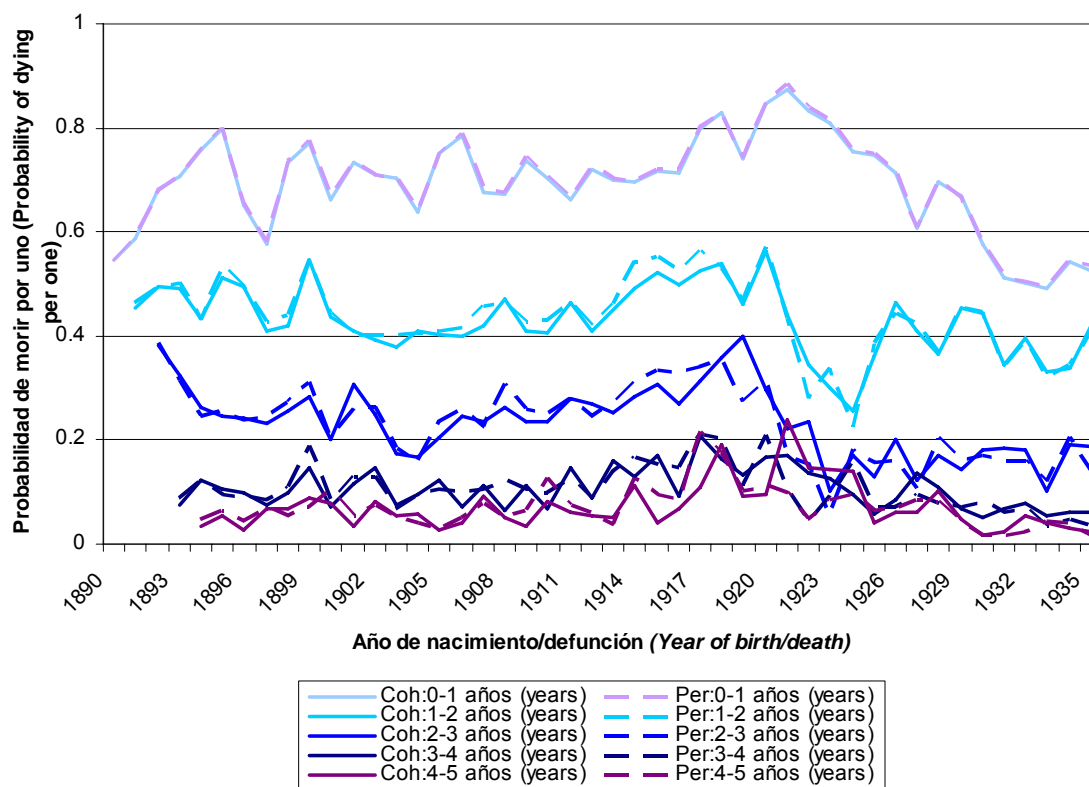
6 años (6 years)	1,51	[1,08-1,93]	0,61	[0,46-0,76]
7 años (7 years)	1,39	[0,96-1,83]	0,43	[0,29-0,58]
<hr/>				
Envío a lactar en el intervalo (ref. No) <i>Placement in the interval (ref. No)</i>				
Enviado (Placed)	0,09	[0,08-0,10]	0,43	[0,40-0,47]
<hr/>				
Origen (ref. Resto) <i>Origin (ref. rest)</i>				
No registrado (Not recorded)			1,22	[1,07-1,36]
Torno (Wheel)			0,99	[0,90-1,09]
Segundo abandono (Second abandonment)			0,99	[0,74-1,23]
<hr/>				
Periodo (ref. 1890-1899) <i>Period (ref.1890-1899)</i>				
1900-1916	1,11	[0,86-1,36]	0,77	[0,69-0,85]
1917-1929	2,08	[1,64-2,2]	1,65	[1,44-1,86]
1930-1935	4,36	[3,47-5,26]	2,38	[2,02-2,74]

Nota: Análisis longitudinal en tiempo discreto: 7 intervalos de un año.
[Note: discrete-time longitudinal analysis: 7 annual intervals].

ANEXO E

Gráfico E.1. Probabilidad de morir en distintos aniversarios según la corte de nacimiento desplazada al año de la ocurrencia de la defunción y según el año de defunción en la Inclusa de Madrid, 1890-1935.

[Graph E.1. Probability of dying in different anniversaries according to birth cohort moved forward to the year of actual death and according to year of death in the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935].



Nota: coh=estimación por cohorte; per=estimación por periodo. Fuente: ARCM. Elaboración propia.
 [Note: coh=cohort estimation; per=period estimation. Source: ARCM. Own elaboration].

Tabla E.1. Probabilidades de muerte calculadas según los 3 métodos: cohorte tradicional, cohorte ajustada y periodo ajustado al tiempo.

[Table E.1. Probabilities of dying according to the three used methods –traditional cohort, adjusted cohort and adjusted period].

	Antes del primer aniversario (Before first anniversary)				1 a 2 años 1 to 2 years			2 a 3 años 2 to 3 years			3 a 4 años 3 to 4 years			4 a 5 años 4 to 5 years		
	Cohorte Ajustada Adjusted Cohort	Periodo Period	Cohorte Tradicional Traditional Cohort	Cohorte Ajustada Adjusted Cohort	Periodo Period	Cohorte Ajustada Adjusted Cohort	Periodo Period	Cohorte Tradicional Traditional Cohort	Cohorte Ajustada Adjusted Cohort	Periodo Period	Cohorte Ajustada Adjusted Cohort	Periodo Period	Cohorte Tradicional Traditional Cohort	Cohorte Ajustada Adjusted Cohort	Periodo Period	Cohorte Ajustada Adjusted Cohort
1890	0,441	0,470	0,547	0,466	0,429	0,455	0,408	0,361	0,384	0,353	0,071	0,075	0,167	0,032	0,034	0,091
1891	0,482	0,530	0,588	0,530	0,483	0,493	0,436	0,294	0,326	0,320	0,114	0,122	0,136	0,053	0,056	0,000
1892	0,575	0,614	0,682	0,614	0,469	0,490	0,483	0,233	0,262	0,364	0,099	0,105	0,029	0,026	0,028	0,000
1893	0,574	0,641	0,705	0,642	0,409	0,434	0,481	0,224	0,246	0,282	0,092	0,099	0,083	0,063	0,069	0,028
1894	0,596	0,700	0,757	0,702	0,474	0,511	0,406	0,213	0,241	0,218	0,069	0,075	0,114	0,063	0,067	0,046
1895	0,645	0,734	0,797	0,735	0,456	0,494	0,497	0,196	0,233	0,235	0,094	0,099	0,091	0,084	0,090	0,063
1896	0,514	0,590	0,652	0,594	0,383	0,408	0,459	0,230	0,255	0,211	0,137	0,148	0,085	0,073	0,079	0,040
1897	0,459	0,520	0,577	0,522	0,405	0,421	0,401	0,257	0,283	0,206	0,067	0,071	0,079	0,034	0,036	0,066
1898	0,585	0,677	0,734	0,679	0,508	0,545	0,425	0,174	0,201	0,247	0,110	0,116	0,103	0,074	0,082	0,051
1899	0,602	0,722	0,772	0,724	0,409	0,437	0,508	0,274	0,306	0,282	0,140	0,147	0,175	0,050	0,055	0,067
1900	0,511	0,597	0,661	0,603	0,393	0,410	0,414	0,242	0,249	0,178	0,070	0,074	0,078	0,054	0,057	0,095
1901	0,587	0,682	0,733	0,684	0,372	0,394	0,385	0,157	0,175	0,233	0,093	0,097	0,123	0,027	0,028	0,052
1902	0,548	0,654	0,709	0,656	0,356	0,379	0,379	0,160	0,167	0,254	0,117	0,122	0,123	0,038	0,040	0,067
1903	0,541	0,647	0,702	0,648	0,388	0,408	0,380	0,185	0,204	0,164	0,066	0,070	0,065	0,088	0,093	0,045
1904	0,470	0,570	0,639	0,573	0,377	0,401	0,386	0,231	0,246	0,152	0,105	0,114	0,090	0,048	0,051	0,038
1905	0,552	0,697	0,751	0,694	0,372	0,399	0,385	0,216	0,236	0,212	0,060	0,065	0,103	0,032	0,035	0,027
1906	0,578	0,720	0,784	0,724	0,398	0,420	0,388	0,240	0,262	0,243	0,103	0,114	0,093	0,075	0,083	0,047
1907	0,478	0,617	0,676	0,623	0,457	0,471	0,433	0,211	0,234	0,208	0,064	0,069	0,096	0,056	0,063	0,076
1908	0,466	0,627	0,674	0,629	0,396	0,409	0,445	0,202	0,234	0,282	0,139	0,146	0,113	0,053	0,056	0,050
1909	0,509	0,660	0,737	0,665	0,372	0,407	0,414	0,251	0,281	0,234	0,081	0,090	0,096	0,049	0,052	0,061
1910	0,477	0,634	0,702	0,639	0,431	0,463	0,394	0,238	0,268	0,215	0,145	0,161	0,092	0,107	0,114	0,115
1911	0,439	0,594	0,663	0,598	0,388	0,408	0,433	0,233	0,253	0,250	0,119	0,130	0,121	0,038	0,039	0,067
1912	0,480	0,655	0,719	0,662	0,426	0,451	0,401	0,253	0,285	0,219	0,158	0,172	0,076	0,065	0,069	0,057

Tabla E.1. (cont) Probabilidades de muerte calculadas según los 3 métodos: cohorte tradicional, cohorte ajustada y periodo ajustado al tiempo.

[Probabilities of dying according to the three used methods –traditional cohort, adjusted cohort and adjusted period].

	Antes del primer aniversario (Before first anniversary)				1 a 2 años 1 to 2 years			2 a 3 años 2 to 3 years			3 a 4 años 3 to 4 years			4 a 5 años 4 to 5 years		
	Cohorte Ajustada	Periodo	Cohorte Tradicional	Cohorte Ajustada	Periodo	Periodo	Cohorte Tradicional	Cohorte Ajustada	Periodo	Cohorte Ajustada	Periodo	Cohorte Tradicional	Cohorte Ajustada	Periodo	Cohorte Ajustada	
	Adjusted Cohort		Traditional Cohort	Adjusted Cohort			Traditional Cohort	Adjusted Cohort		Traditional Cohort		Adjusted Cohort				
1913	0,455	0,644	0,700	0,649	0,458	0,491	0,434	0,282	0,306	0,247	0,085	0,092	0,127	0,103	0,109	0,035
1914	0,448	0,641	0,695	0,643	0,487	0,523	0,505	0,243	0,269	0,274	0,199	0,209	0,154	0,177	0,191	0,118
1915	0,454	0,662	0,717	0,665	0,466	0,498	0,516	0,286	0,315	0,307	0,149	0,163	0,140	0,095	0,092	0,093
1916	0,442	0,671	0,713	0,678	0,507	0,525	0,491	0,322	0,358	0,299	0,116	0,133	0,136	0,081	0,095	0,080
1917	0,656	0,702	0,798	0,707	0,504	0,539	0,545	0,343	0,398	0,311	0,131	0,166	0,200	0,186	0,238	0,202
1918	0,694	0,717	0,830	0,716	0,425	0,461	0,496	0,241	0,296	0,318	0,139	0,170	0,187	0,111	0,146	0,160
1919	0,596	0,616	0,742	0,615	0,480	0,564	0,430	0,172	0,221	0,234	0,116	0,137	0,100	0,095	0,144	0,108
1920	0,686	0,717	0,846	0,719	0,395	0,442	0,486	0,200	0,236	0,255	0,109	0,125	0,165	0,102	0,139	0,095
1921	0,701	0,747	0,875	0,754	0,307	0,345	0,387	0,077	0,101	0,132	0,075	0,094	0,086	0,032	0,042	0,078
1922	0,658	0,696	0,832	0,703	0,266	0,301	0,250	0,142	0,170	0,129	0,052	0,060	0,036	0,043	0,062	0,037
1923	0,650	0,692	0,810	0,698	0,232	0,255	0,299	0,108	0,130	0,042	0,075	0,085	0,079	0,049	0,062	0,056
1924	0,603	0,654	0,755	0,657	0,330	0,361	0,206	0,159	0,203	0,152	0,115	0,135	0,126	0,082	0,102	0,069
1925	0,604	0,658	0,748	0,659	0,393	0,463	0,353	0,095	0,122	0,132	0,100	0,108	0,063	0,038	0,049	0,051
1926	0,576	0,612	0,713	0,615	0,342	0,409	0,376	0,149	0,172	0,127	0,064	0,069	0,063	0,015	0,018	0,048
1927	0,486	0,541	0,606	0,541	0,305	0,365	0,355	0,133	0,145	0,083	0,046	0,050	0,080	0,019	0,023	0,066
1928	0,542	0,590	0,697	0,592	0,354	0,453	0,308	0,131	0,182	0,178	0,064	0,067	0,073	0,041	0,054	0,065
1929	0,506	0,546	0,669	0,544	0,332	0,445	0,357	0,154	0,184	0,148	0,063	0,080	0,066	0,034	0,042	0,032
1930	0,428	0,455	0,576	0,458	0,271	0,345	0,333	0,152	0,181	0,123	0,046	0,053	0,075	0,025	0,030	0,014
1931	0,374	0,405	0,514	0,407	0,310	0,396	0,269	0,085	0,104	0,135	0,052	0,063	0,060	0,021	0,025	0,014
1932	0,370	0,386	0,503	0,388	0,254	0,332	0,305	0,134	0,192	0,135	0,057	0,060	0,054	0,017	0,021	0,019
1933	0,334	0,346	0,490	0,350	0,261	0,337	0,246	0,144	0,188	0,097	0,035	0,046	0,029	0,024	0,031	0,037
1934	0,332	0,349	0,542	0,352	0,294	0,421	0,266	0,080	0,114	0,143	0,019	0,026	0,039	0,019	0,027	0,034
1935	0,331	0,351	0,526	0,357	0,265	0,358	0,287	0,065	0,102	0,107	0,021	0,027	0,032	0,027	0,043	0,015

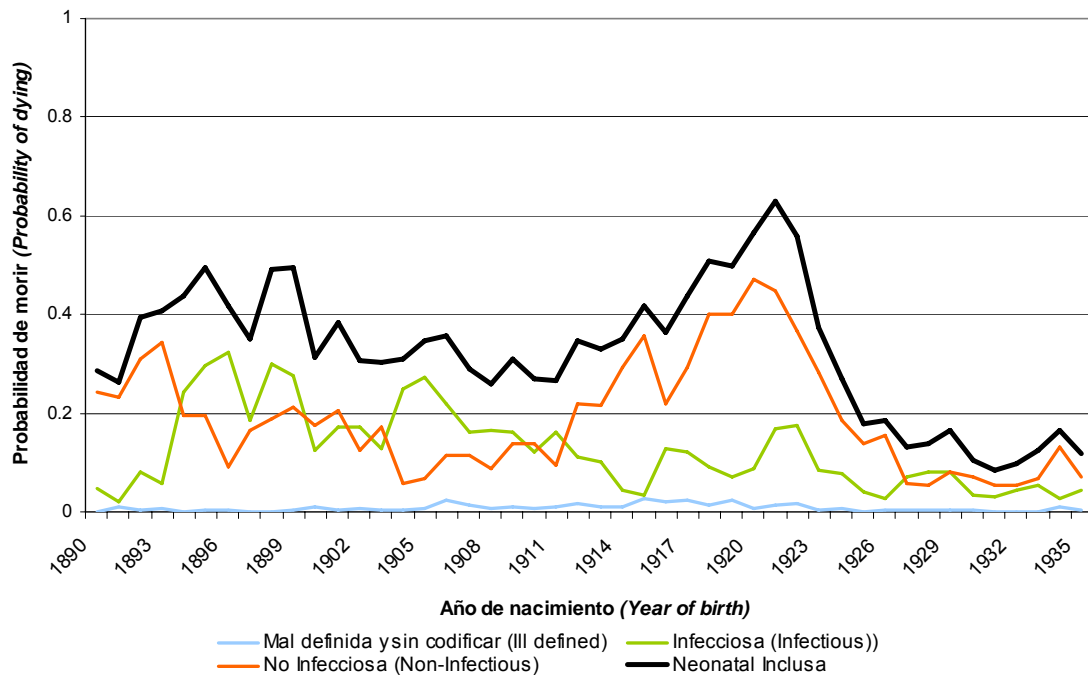
Tabla E.2. Factores de ponderación obtenidos de la relación entre la mortalidad calculada según la tasa de cohorte tradicional y la ajustada al tiempo utilizados para obtener comparabilidad en la estimación de la mortalidad por periodo.

[Table E.2. Weight factors obtained from the relationship between traditional cohort-computed mortality and time adjusted cohort mortality to obtain comparability for the period estimation].

	0 a 1 años (0 to 1 year)	1 a 2 años (1 to 2 years)	2 a 3 años (2 to 3 years)	3 a 4 años (3 to 4 years)	4 a 5 años (4 to 5 years)
1890	1,164	1,062	1,063	1,062	1,051
1891	1,109	1,022	1,108	1,070	1,060
1892	1,109	1,044	1,123	1,057	1,069
1893	1,100	1,061	1,098	1,073	1,095
1894	1,081	1,078	1,133	1,089	1,066
1895	1,086	1,083	1,189	1,056	1,073
1896	1,104	1,067	1,108	1,078	1,075
1897	1,109	1,038	1,103	1,050	1,061
1898	1,085	1,072	1,156	1,056	1,104
1899	1,068	1,068	1,118	1,051	1,113
1900	1,108	1,045	1,031	1,058	1,061
1901	1,074	1,060	1,118	1,044	1,057
1902	1,083	1,063	1,044	1,043	1,048
1903	1,084	1,050	1,103	1,064	1,058
1904	1,122	1,065	1,066	1,087	1,056
1905	1,077	1,073	1,091	1,084	1,073
1906	1,089	1,058	1,095	1,101	1,103
1907	1,096	1,032	1,107	1,078	1,116
1908	1,075	1,032	1,160	1,047	1,070
1909	1,117	1,093	1,117	1,105	1,064
1910	1,108	1,074	1,129	1,109	1,069
1911	1,115	1,051	1,084	1,090	1,042
1912	1,097	1,058	1,126	1,089	1,052
1913	1,086	1,073	1,085	1,080	1,061
1914	1,084	1,075	1,106	1,051	1,080
1915	1,084	1,068	1,101	1,097	0,966
1916	1,062	1,035	1,114	1,141	1,178
1917	1,136	1,069	1,162	1,265	1,281
1918	1,158	1,085	1,228	1,217	1,315
1919	1,205	1,175	1,288	1,179	1,515
1920	1,181	1,118	1,182	1,143	1,366
1921	1,172	1,123	1,319	1,244	1,303
1922	1,195	1,132	1,198	1,152	1,464
1923	1,171	1,097	1,198	1,144	1,271
1924	1,154	1,094	1,273	1,180	1,246
1925	1,138	1,178	1,283	1,080	1,279
1926	1,165	1,197	1,156	1,075	1,194
1927	1,121	1,198	1,090	1,081	1,189
1928	1,181	1,277	1,389	1,042	1,297
1929	1,225	1,339	1,196	1,272	1,228
1930	1,266	1,273	1,190	1,166	1,221
1931	1,269	1,280	1,211	1,208	1,205
1932	1,302	1,308	1,436	1,054	1,208
1933	1,416	1,291	1,306	1,293	1,277
1934	1,554	1,430	1,430	1,401	1,403
1935	1,499	1,348	1,565	1,282	1,547

Gráfico E.2. Probabilidad de morir según distintos grupos de causas de muerte en el periodo neonatal. Clasificación original.

[Graph E2. Probability of dying of different groups of causes of death in the neonatal period. Original classification].



Fuente: ARCM. Elaboración propia.
[Source: ARCM. Own elaboration].

Tabla E.3. Estimaciones de mortalidad para los distintos periodos vitales diferenciados por aquellos que se conservaron en la Inclusa y aquellos que fueron enviados a lactar. Estimación por el sistema tradicional, eventos/individuos, (Trad) y ajustado por el tiempo en riesgo (Aj), y factor de ponderación que debe emplearse para obtener las segundas de las primeras.

[Table E.3. Mortality estimations for the different vital periods according to being kept in the institution or placed in the countryside. Computed using the traditional system, events/subjects- (Trad) and adjusted by time at risk, (Aj) plus weight factor to obtain the later from the former].

	NEONATAL			POST-NEONATAL						JUVENIL (Early childhood)					
	Inclusa			Inclusa			Pueblos (villages)			Inclusa			Pueblos (villages)		
	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%
1890	0.06	0.27	4.23	0.27	0.86	2.58	0.43	0.46	1.05	0.07	0.80	12.16	0.63	0.72	1.14
1891	0.06	0.25	3.89	0.25	0.99	3.05	0.48	0.50	1.04	0.09	1.00	11.40	0.65	0.71	1.09
1892	0.14	0.37	2.77	0.44	1.00	1.95	0.53	0.55	1.04	0.17	1.00	6.00	0.60	0.68	1.14
1893	0.23	0.40	1.74	0.54	0.99	1.57	0.48	0.50	1.06	0.22	1.00	4.47	0.54	0.63	1.16
1894	0.36	0.44	1.22	0.52	1.00	1.65	0.44	0.47	1.07	0.11	0.94	8.96	0.56	0.68	1.20
1895	0.44	0.49	1.12	0.56	1.00	1.61	0.42	0.46	1.08	0.19	1.00	5.33	0.54	0.66	1.21
1896	0.28	0.41	1.50	0.48	0.98	1.75	0.40	0.42	1.06	0.20	0.97	4.91	0.58	0.68	1.16
1897	0.11	0.35	3.19	0.34	0.98	2.14	0.44	0.46	1.04	0.23	1.00	4.30	0.58	0.66	1.12
1898	0.27	0.49	1.81	0.57	0.99	1.44	0.48	0.51	1.05	0.22	1.00	4.53	0.60	0.68	1.12
1899	0.37	0.49	1.32	0.57	1.00	1.42	0.44	0.46	1.05	0.17	1.00	5.78	0.57	0.65	1.14
1900	0.20	0.31	1.57	0.45	1.00	1.87	0.41	0.43	1.06	0.13	1.00	8.00	0.53	0.59	1.12
1901	0.33	0.38	1.16	0.50	1.00	1.71	0.42	0.45	1.07	0.08	1.00	13.25	0.48	0.55	1.14
1902	0.26	0.31	1.19	0.49	0.93	1.59	0.37	0.40	1.10	0.25	0.96	3.89	0.46	0.54	1.16
1903	0.28	0.30	1.07	0.40	0.94	2.03	0.41	0.46	1.13	0.25	0.92	3.67	0.55	0.63	1.13
1904	0.25	0.31	1.22	0.41	0.96	1.87	0.34	0.37	1.10	0.23	0.97	4.32	0.54	0.60	1.11
1905	0.33	0.35	1.05	0.46	0.96	1.70	0.37	0.42	1.14	0.39	0.94	2.41	0.51	0.56	1.09
1906	0.32	0.36	1.13	0.48	0.98	1.63	0.48	0.50	1.06	0.52	0.99	1.91	0.56	0.62	1.10
1907	0.22	0.29	1.32	0.38	0.97	1.89	0.42	0.44	1.07	0.56	0.98	1.77	0.58	0.62	1.06
1908	0.23	0.26	1.13	0.35	1.00	2.13	0.40	0.43	1.07	0.51	1.00	1.97	0.53	0.57	1.08
1909	0.28	0.31	1.10	0.41	0.97	1.87	0.41	0.44	1.09	0.45	0.95	2.13	0.51	0.57	1.12
1910	0.24	0.27	1.11	0.38	0.97	1.93	0.42	0.45	1.06	0.28	0.90	3.21	0.57	0.62	1.09
1911	0.22	0.26	1.16	0.35	0.85	1.70	0.41	0.44	1.07	0.24	0.81	3.30	0.55	0.60	1.09
1912	0.30	0.34	1.14	0.40	0.98	1.81	0.41	0.44	1.06	0.27	0.95	3.57	0.58	0.63	1.09
1913	0.29	0.33	1.11	0.35	0.79	1.62	0.41	0.44	1.08	0.35	0.87	2.49	0.62	0.68	1.10
1914	0.28	0.34	1.21	0.35	0.95	1.88	0.44	0.47	1.07	0.34	1.00	2.95	0.67	0.73	1.08
1915	0.36	0.41	1.15	0.38	0.94	1.80	0.36	0.39	1.08	0.30	0.98	3.26	0.61	0.69	1.14
1916	0.33	0.37	1.10	0.35	0.95	1.88	0.41	0.44	1.07	0.28	0.99	3.52	0.60	0.69	1.14
1917	0.37	0.44	1.18	0.58	0.94	1.53	0.40	0.44	1.08	0.18	0.98	5.43	0.59	0.72	1.23
1918	0.40	0.51	1.26	0.60	0.96	1.55	0.44	0.50	1.14	0.23	0.99	4.37	0.54	0.65	1.19
1919	0.31	0.50	1.58	0.55	0.97	1.72	0.41	0.46	1.10	0.23	1.00	4.27	0.52	0.63	1.21
1920	0.42	0.57	1.36	0.65	0.93	1.40	0.47	0.54	1.15	0.17	0.92	5.56	0.48	0.56	1.18
1921	0.44	0.63	1.41	0.66	0.93	1.34	0.41	0.52	1.27	0.13	0.83	6.20	0.33	0.41	1.25
1922	0.41	0.56	1.35	0.63	0.90	1.37	0.35	0.44	1.25	0.14	0.79	5.70	0.43	0.51	1.18
1923	0.29	0.37	1.30	0.57	0.94	1.57	0.46	0.51	1.11	0.13	0.74	5.47	0.32	0.40	1.24
1924	0.20	0.27	1.33	0.48	0.91	1.79	0.42	0.47	1.14	0.18	0.85	4.72	0.46	0.55	1.19
1925	0.13	0.18	1.36	0.51	0.84	1.56	0.40	0.45	1.12	0.15	0.66	4.54	0.48	0.56	1.17

1926	<u>0.12</u>	<u>0.18</u>	<u>1.49</u>	<u>0.46</u>	<u>0.84</u>	<u>1.72</u>	<u>0.43</u>	<u>0.48</u>	<u>1.10</u>	<u>0.12</u>	<u>0.73</u>	<u>6.00</u>	<u>0.46</u>	<u>0.56</u>	<u>1.21</u>
1927	<u>0.11</u>	<u>0.13</u>	<u>1.19</u>	<u>0.41</u>	<u>0.74</u>	<u>1.69</u>	<u>0.41</u>	<u>0.45</u>	<u>1.10</u>	<u>0.17</u>	<u>0.76</u>	<u>4.41</u>	<u>0.42</u>	<u>0.52</u>	<u>1.23</u>
1928	<u>0.09</u>	<u>0.14</u>	<u>1.45</u>	<u>0.43</u>	<u>0.86</u>	<u>2.01</u>	<u>0.42</u>	<u>0.46</u>	<u>1.08</u>	<u>0.14</u>	<u>0.87</u>	<u>6.33</u>	<u>0.42</u>	<u>0.55</u>	<u>1.31</u>
1929	<u>0.10</u>	<u>0.16</u>	<u>1.59</u>	<u>0.41</u>	<u>0.72</u>	<u>1.67</u>	<u>0.33</u>	<u>0.38</u>	<u>1.17</u>	<u>0.08</u>	<u>0.61</u>	<u>7.75</u>	<u>0.42</u>	<u>0.58</u>	<u>1.40</u>

Tabla E.3. (cont)

NEONATAL				POST-NEONATAL						JUVENIL (<i>Early childhood</i>)					
Inclusa				Inclusa			Pueblos (<i>villages</i>)			Inclusa			Pueblos (<i>villages</i>)		
	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%	Trad	Aj	%
1930	<u>0.06</u>	<u>0.11</u>	<u>1.73</u>	<u>0.31</u>	<u>0.70</u>	<u>2.22</u>	<u>0.36</u>	<u>0.42</u>	<u>1.15</u>	<u>0.05</u>	<u>0.59</u>	<u>12.01</u>	<u>0.35</u>	<u>0.50</u>	<u>1.40</u>
1931	<u>0.03</u>	<u>0.08</u>	<u>2.47</u>	<u>0.26</u>	<u>0.58</u>	<u>2.10</u>	<u>0.30</u>	<u>0.37</u>	<u>1.21</u>	<u>0.06</u>	<u>0.63</u>	<u>10.51</u>	<u>0.38</u>	<u>0.51</u>	<u>1.33</u>
1932	<u>0.05</u>	<u>0.10</u>	<u>1.86</u>	<u>0.26</u>	<u>0.54</u>	<u>2.07</u>	<u>0.35</u>	<u>0.40</u>	<u>1.15</u>	<u>0.08</u>	<u>0.72</u>	<u>9.04</u>	<u>0.35</u>	<u>0.48</u>	<u>1.35</u>
1933	<u>0.06</u>	<u>0.12</u>	<u>2.20</u>	<u>0.21</u>	<u>0.52</u>	<u>2.44</u>	<u>0.26</u>	<u>0.31</u>	<u>1.19</u>	<u>0.10</u>	<u>0.69</u>	<u>6.62</u>	<u>0.37</u>	<u>0.47</u>	<u>1.29</u>
1934	<u>0.05</u>	<u>0.17</u>	<u>3.55</u>	<u>0.23</u>	<u>0.58</u>	<u>2.46</u>	<u>0.35</u>	<u>0.40</u>	<u>1.16</u>	<u>0.15</u>	<u>0.57</u>	<u>3.72</u>	<u>0.38</u>	<u>0.44</u>	<u>1.15</u>
1935	<u>0.04</u>	<u>0.12</u>	<u>2.90</u>	<u>0.23</u>	<u>0.55</u>	<u>2.36</u>	<u>0.33</u>	<u>0.37</u>	<u>1.14</u>	<u>0.15</u>	<u>0.38</u>	<u>2.46</u>	<u>0.43</u>	<u>0.46</u>	<u>1.08</u>

ANEXO F

Tabla F.1. Resultados de los modelos multivariantes (regression de Cox para riesgos proporcionales) para mortalidad para el origen Casa de Maternidad.

[Table F.1. Results from multivariate models (proportional hazards Cox regression) for mortality for the Maternity Hospital].

	NEONATAL				POSTNEONATAL				JUVENIL (<i>EARLY CHILDHOOD</i>)			
	1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935	
	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)
Sexo (ref. Femenino) <i>Sex (ref. female)</i>												
Masculino (Male)	1,15	[1,09-1,22]	1,10	[0,99-1,21]	1,20	[1,14-1,26]	1,05	[0,99-1,13]	1,06	[0,98-1,13]	1,04	[0,92-1,17]
Estación (ref.Primavera) <i>Birth season (ref. Spring)</i>												
Verano <i>(Summer)</i>	1,90	[1,75-2,06]	1,16	[1,02-1,32]	0,97	[0,90-1,05]	0,93	[0,85-1,02]	1,13	[1,02-1,26]	1,11	[0,93-1,31]
Invierno <i>(Winter)</i>	1,33	[1,22-1,45]	1,14	[0,99-1,29]	1,07	[1,01-1,15]	1,02	[0,93-1,12]	0,94	[0,85-1,03]	0,79	[0,67-0,94]
Otoño <i>(Autumn)</i>	1,22	[1,12-1,34]	0,75	[0,64-0,87]	1,04	[0,97-1,12]	0,98	[0,90-1,07]	1,02	[0,93-1,12]	0,88	[0,74-1,04]
Legitimidad (ref.Ilegítimos) <i>Legitimacy (ref. Illegitimates)</i>												
Legítimos <i>(legitimate)</i>	0,93	[0,82-1,05]	1,18	[0,99-1,41]	0,94	[0,83-1,05]	0,94	[0,82-1,08]	0,81	[0,69-0,96]	1,00	[0,79-1,27]
Desconocida <i>(Unknown)</i>	0,92	[0,66-1,28]	0,75	[0,41-1,39]	0,88	[0,68-1,15]	1,06	[0,77-1,48]	0,81	[0,57-1,14]	1,79	[1,12-2,86]

	NEONATAL				POSTNEONATAL				JUVENIL (<i>EARLY CHILDHOOD</i>)			
	1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935	
	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)
Origen de la madre (ref.Provincias cercanas) <i>Origin of the mother (ref. Close provinces)</i>												
Ciudad de Madrid (<i>Madrid city</i>)	0,95	[0,83-1,09]	1,00	[0,82-1,21]	1,01	[0,89-1,15]	1,04	[0,90-1,20]	0,91	[0,75-1,09]	0,95	[0,74, 1,23]
Provincia de Madrid (<i>Madrid province</i>)	1,14	[1,02,1,27]	1,30	[1,10-1,53]	1,04	[0,93-1,15]	1,08	[0,95-1,22]	0,91	[0,77-1,07]	1,04	[0,83-1,31]
Provincias lejanas (<i>Distant provinces</i>)	0,92	[0,85-0,99]	0,93	[0,82-1,04]	0,96	[0,89-1,03]	0,95	[0,87-1,03]	1,03	[0,93-1,14]	0,91	[0,79-1,06]
No registrado (<i>Not recorded</i>)	0,89	[0,79-1,01]	1,05	[0,86-1,28]	0,97	[0,86-1,09]	1,19	[1,06-1,34]	1,23	[1,04-1,46]	0,94	[0,76-1,16]
Periodo <i>(Period)</i> (ref.1890-1899)												
1900-1917	0,68	[0,61-0,76]			0,85	[0,76-0,95]			1,03	[0,88-1,20]		
1918 (ref.1918,1928)	0,95	[0,80-1,13]			0,96	[0,81-1,15]			1,03	[0,78-1,36]		
1929-1935			7,05	[6,04-8,24]			1,86	[1,74-2,00]			1,22	[1,08-1,38]
Envío a lactar (ref.No) <i>Placed in the countryside (ref.Not placed)</i>												
Si (<i>Placed</i>)	0,19	[0,17-0,22]	0,38	[0,29-0,50]	0,23	[0,21-0,24]	0,46	[0,43-0,50]	0,75	[0,60-0,94]	1,06	[0,81-1,39]

Tabla F.2. Resultados de los modelos multivariantes (regression de Cox para riesgos proporcionales) para mortalidad para Otros Orígenes.

[Results from multivariate models (proportional hazards Cox regression) for mortality for Maternity Hospital].

	NEONATAL				POSTNEONATAL				JUVENIL (<i>EARLY CHILDHOOD</i>)			
	1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935	
	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)
Sexo (ref. Femenino) <i>Sex (ref. female)</i>												
Masculino (Male)	1,13	[1,05-1,22]	1,07	[0,95-1,21]	1,16	[1,10-1,22]	1,13	[1,05-1,21]	1,06	[0,99-1,13]	1,16	[1,05-1,28]
Estación (ref.Primavera) <i>Birth season (ref. Spring)</i>												
Verano <i>(Summer)</i>	1,69	[1,52-1,87]	1,04	[0,88-1,23]	0,97	[0,90-1,05]	1,00	[0,90-1,11]	1,08	[0,98-1,19]	0,96	[0,83-1,10]
Invierno <i>(Winter)</i>	1,29	[1,16-1,44]	1,05	[0,90-1,23]	1,02	[0,95-1,09]	1,04	[0,95-1,15]	0,99	[0,90-1,08]	0,90	[0,79-1,03]
Otoño <i>(Autumm)</i>	1,19	[1,06-1,33]	0,77	[0,64]	1,02	[0,95]	1,04	[0,94-1,15]	1,03	[0,94-1,13]	0,90	[0,79-1,04]
Legitimidad (ref.Ilegítimos) <i>Legitimacy (ref. Illegitimates)</i>												
Legítimos <i>(legitimate)</i>	1,51	[1,29-1,76]	1,15	[0,91-1,46]	1,10	[1,01-1,20]	0,99	[0,88-1,11]	1,02	[0,92-1,13]	0,90	[0,78-1,03]
Desconocida <i>(Unknown)</i>	1,18	[1,09-1,28]	1,49	[1,29-1,73]	1,06	[0,99-1,12]	1,36	[1,25-1,48]	1,05	[0,98-1,14]	1,05	[0,93-1,19]

(cont)

NEONATAL				POSTNEONATAL				JUVENIL (<i>EARLY CHILDHOOD</i>)			
1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935		1890-1917		1918-1935	
Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)
Información sobre la madre (ref.Ninguna) <i>Information about mother (ref.No data)</i> Alguna (<i>Some data</i>)											
Periodo (<i>Period</i>) (ref.1890-1899)											
1900-1917	0,72 [0,67-0,78]			0,79	[0,75-0,83]			0,87	[0,81-0,93]		
1918	0,87 [0,71-1,08]			0,77	[0,66-0,90]			1,52	[1,27-1,82]		
(ref.1918,1928)											
1929-1935		3,24 [2,73-3,84]				1,56	[1,44-1,69]			1,45	[1,30-1,62]
Envío a lactar (ref.No) <i>Placed in the countryside (ref.Not placed)</i> Si (<i>Placed</i>)											
	0,18 [0,16-0,21]	0,32 [0,22, 0,46]		0,15	[0,14-1,16]	0,36	[0,34-0,39]	0,32	[0,29-0,36]	0,57	[0,50-0,66]
Presencia en el intervalo anterior (ref.No) <i>Presence in previous interval (ref. No)</i> Si (<i>Already present</i>)											
				0,63	[0,59-0,67]	0,62	[0,57-0,67]	0,49	[0,44-0,54]	0,4969193	[0,43-0,57]

Tabla F.3. Resultados de los modelos multivariantes para el estudio del efecto de la pertenencia a un grupo de hermanos abandonados en la mortalidad.

[Table F.3. Results from multivariate models for the study of membership to an abandoned sibship on mortality].

	INFANTIL (<i>INFANT</i>)				JUVENIL (<i>EARLY CHILDHOOD</i>)			
	OTROS ORÍGENES (<i>OTHERS ORIGINS</i>)		MATERNIDAD (<i>MATERNITY HOSPITAL</i>)		OTROS ORÍGENES (<i>OTHERS ORIGINS</i>)		MATERNIDAD (<i>MATERNITY HOSPITAL</i>)	
	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)
Sexo (ref. Femenino) (<i>Sex (ref. female)</i>)								
Masculino (<i>Male</i>)	1,15	[1,01-1,18]	1,13	[1,10-1,17]	1,12	[1,06-1,18]	1,05	[0,99-1,12]
Estación (ref. Primavera) (<i>Birth season (ref. Spring)</i>)								
Verano (<i>Summer</i>)	1,15	[1,09-1,20]	1,24	[1,19-1,30]	1,04	[0,96-1,28]	1,14	[1,04-1,24]
Invierno (<i>Winter</i>)	1,08	[1,03-1,13]	1,12	[1,08-1,17]	0,95	[0,89-1,03]	0,90	[0,83-0,98]
Otoño (<i>Autumm</i>)	1,05	[0,99-1,10]	1,04	[0,99-1,10]	0,99	[0,92-1,07]	0,98	[0,90-1,07]
Legitimidad (ref. Ilegítimos) (<i>Legitimacy (ref. Illegitimates)</i>)								
Legítimos (<i>legitimate</i>)	1,21	[1,14-1,28]	0,94	[0,88-0,99]	0,95	[0,88-1,04]	0,86	[0,75-0,98]
Desconocida (<i>Unknown</i>)	1,18	[1,13]	0,93	[0,79-1,10]	1,04	[0,98-1,11]	1,00	[0,76-1,32]

INFANTIL (<i>INFANT</i>)				JUVENIL (<i>EARLY CHILDHOOD</i>)			
OTROS ORÍGENES (<i>OTHERS ORIGINS</i>)		MATERNIDAD (<i>MATERNITY HOSPITAL</i>)		OTROS ORÍGENES (<i>OTHERS ORIGINS</i>)		MATERNIDAD (<i>MATERNITY HOSPITAL</i>)	
Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)
Información sobre la madre (ref.Ninguna) (<i>Information about mother (ref.No data)</i>)							
Alguna (<i>Some data</i>)	0,86 [0,81-0,91]			0,84 [0,76-0,92]			
Origen de la madre (ref.Provincias cercanas) (<i>Origin of the mother (ref. Close provinces)</i>)							
Ciudad de Madrid (<i>Madrid city</i>)		0,99 [0,93-1,07]				0,93 [0,80-1,08]	
Provincia de Madrid (<i>Madrid province</i>)		1,11 [1,04-1,18]				0,96 [0,84-1,09]	
Provincias lejanas (<i>Distant provinces</i>)		0,93 [0,89-0,97]				0,99 [0,91-1,08]	
No registrado (<i>Not recorded</i>)		0,99 [0,93-1,06]				1,10 [0,96-1,25]	
Periodo (ref.1890-1899) (<i>Period (ref.1890-1899)</i>)							
1900-1917	0,81 [0,77-0,84]	0,86 [0,80-0,92]		0,89 [0,83-0,95]		0,95 [0,84-1,08]	
1918-1927	0,71 [0,67-0,74]	0,95 [0,88-1,01]		0,82 [0,75-0,88]		0,85 [0,74-0,97]	
1928-1935	0,35 [0,33-0,37]	0,36 [0,34-0,39]		0,49 [0,44-0,53]		0,68 [0,59-0,77]	
						0,83 [0,69-0,98]	
Envío a lactar (ref.No) (<i>Placed in the countryside (ref.Not placed)</i>)							
Sí (<i>Placed</i>)	0,20 [0,19-0,20]	0,3 [0,29-0,32]		0,34 [0,31-0,37]			

INFANTIL (<i>INFANT</i>)				JUVENIL (<i>EARLY CHILDHOOD</i>)				
OTROS ORÍGENES (<i>OTHERS ORIGINS</i>)		MATERNIDAD (<i>MATERNITY HOSPITAL</i>)		OTROS ORÍGENES (<i>OTHERS ORIGINS</i>)		MATERNIDAD (<i>MATERNITY HOSPITAL</i>)		
Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	Hazard Ratio	Intervalo de confianza (<i>Confidence Interval</i>)	
Pertencia a grupo (ref. No) (<i>Membership to sibship (ref.No)</i>)								
Miembro de grupo (<i>Member of sibship</i>)	1,02	[0,82-1,28]	0,93	[0,87-0,99]	0,77	[0,65-0,91]	1,00	[0,87-1,14]
Gemelos (<i>Twins</i>)	1,51	[1,29-1,75]]	2,81	[2,50-3,15]	0,81	[0,54-1,21]	0,75	[0,44-1,26]
Presencia en el intervalo anterior (ref.No) (<i>Presence in previous interval (ref. No)</i>)								
Sí (<i>Already present</i>)				0,46	[0,43-0,50]	0,61	[0,38-1,01]	

BIBLIOGRAFÍA

- ABADE, A. y J. BERTRANPETIT: "Birth, marriage and death in illegitimacy: a study in northern Portugal", *Journal of Biosocial Sciences* nº 27 (4), 1995, págs.443-55.
- ABRAÍDO-LANZA, A. F., B. P. DOHRENWEND, D. S. NG-MAK y J. B. TURNER: "The Latino mortality paradox. A test of the "salmon bias" and healthy migrant hypothesis", *American Journal of Public Health* nº 89, 1999, págs.1543-48.
- ABREU, L.: "The Évora foundlings between the 16th and the 19th century: the Portuguese public welfare system under analysis", *Dynamis* nº 23, 2003, págs.37-60.
- AGUILAR CORDERO, M. J.: "Conceptos, definiciones e historia de la lactancia. Nodrizas", en AGUILAR CORDERO, M. J. *Lactancia materna*, Elsevier, Madrid, 2005, págs.1-13.
- ALONSO MUÑOYERRO, J. A.: "La lactancia materna. El alimento soberano de la leche de la madre", *La Semana Médica*, 28 de septiembre de 1932, págs.1.
- ———: *La transformación de las Inclusas en España. La realidad de la transformación de la de Madrid*, Madrid, 1944.
- ———: "Hospitalización del niño abandonado", comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, Madrid, 1960.
- ALTER, G.: *Family and the Female Life Course*, The University of Wisconsin Press, Madison, 1988.
- ALTER, G., M. DRIBE y F. VAN POPPEL: "Widowhood, family size, and post-reproductive mortality: a comparative analysis of three populations in nineteenth-century Europe", *Demography* nº 44 (4), 2007, págs.785-806.
- ALTER, G. y M. ORIS: "Childhood Conditions, Migration and Mortality: Migrants and Natives in 19th-Century Cities", *Social Biology* nº 52 (3/4), 2005, págs.178-91.
- ———: "Effects of inheritance and Environment on the Height of Brothers in the Nineteenth-century Belgium", *Human Nature* nº 19 (1), 2008, págs.44-55.
- ALTER, G., M. ORIS y G. BROSTRÖM: "The Family and Mortality: A Case Study from Rural Belgium", *Annales de Démographie Historique* nº 1, 2001, págs.11-31.
- ALVAR EZQUERRA, A., M. CORCHADO RINCÓN, M. D. M. GAISSE HERRERO, M. GÓMEZ GARCÍA, M. R. HORCAJO COMONTES, E. LOPEZ REHECHO y C. LUCINI BAQUERIZO: "Algunos resultados de la aplicación del nuevo Plan de Estudios", *Cuadernos de Historia Moderna* nº 17, 1996, págs.217-68.
- ÁLVAREZ-SIERRA, J.: *Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, Madrid, 1952.
- ÁLVAREZ JUNCO, J., (ed.): *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990.
- ÁLVAREZ PELÁEZ, R.: "La búsqueda de un modelo institucional de protección a la infancia: institutos, guarderías y hogares infantiles. España, 1900-1940", en PERDIGUERO GIL, E. *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Valencia, 2004.

- ÁLVAREZ SANTALÓ, L. C.: “Un ensayo metodológico: posibilidades de evaluación del nivel de ilegitimidad de los expósitos a través de la valoración de su ajuar como exponente del grupo social de procedencia”, en *Actas del I Congreso de Historia de Andalucía*, Córdoba, 1978, págs.61-71.
- ———: *Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental: Expósitos en Sevilla (1613-1910)*, Consejería de Cultura de la Junta de Andalucía, Sevilla, 1980.
- ANDERTON, D. L. y S. H. LEONARD: “Grammars of Death. An Analysis of Nineteenth-Century Literal Causes of Death from the Age of Miasmas to the Germ Theory”, *Social Science History* nº 28 (1), 2004, págs.111-43.
- ANTONOVSKY, A.: “Social class, Life Expectancy and Overall Mortality”, *Millbank Fund Quarterly* nº 45 (1), 1967, págs.31-73.
- ARENAL, C.: *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Imprenta del Colegio de Sordomudos y Ciegos, Madrid, 1861.
- ARIÈS, P.: *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*, Vintage Books, New York, 1965.
- ARISTEGUI, V.: “Algunas consideraciones sobre lactancia materna”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923.
- ARRIZABALAGA, J.: “Diseases as causes of death in early modern European medicine: Some historiographic considerations”, comunicación presentada en el Seminario *History of Registration of Causes of Death Conference*, Bloomington, 11-14 Noviembre, 1993.
- BAHAMONDE MAGRO, Á. y L. E. OTERO CARVAJAL: “Madrid, de territorio fronterizo a región metropolitana”, en FUSI, J. P. *España. Autonomías*, Espasa Calpe, Madrid, 1989.
- ———: “Quietud y cambio en el Madrid de la Restauración”, en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, Alfoz, Madrid, 1989.
- ———, (eds.): *Madrid en la sociedad del siglo XIX*, 2 vols. Consejería de Educación. Secretaría General Técnica, Revista ALFOZ y C.I.D.U., Madrid, 1986.
- ———, (eds.): *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, 2 vols. Alfoz-Comunidad Autónoma de Madrid-UCM, Madrid, 1989.
- BARBI, E. y J. VAUPEL: “Comment on 'Inflammatory exposure and historical changes in human life-spans'”, *Science* nº 308 (5729), 2005, pág.1743.
- BARDET, J.-P.: “La société et l'abandon”, en *Enfance abandonnée et société en Europe*, École Française en Rome, Rome, 1991, págs.3-24.
- BARDET, J.-P., C. DUFOUR y J. RENDARD: “The Death of Foundlings: A Tragedy in Two Acts”, en BIDEAU, A., DESJARDINS, B. y PÉREZ BRIGNOLI, H. *Infant and Child Mortality in the Past*, Clarendon Press, Oxford, 1997, págs.245-61.
- BARKER, D.: *Mother, babies and diseases later in life*, British Medical Journal Publishing Group, London, 1994.
- BARONA VILLAR, J. L.: “El Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad (1904-1914). Su ideología social y sanitaria”, en PERDIGUERO GIL, E. *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Guada Litografía, S.L., Valencia, 2004, págs.155-94.

- BEN-SCHLOMO, Y. y D. KUH: "Conclusions", en BEN-SCHLOMO, Y. y KUH, D. *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, 2004, págs.443-63.
- BENAVIDES, J. "Cuatro palabras acerca del Departamento o Casa de Maternidad del Hospital General de esta Corte", *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* de 1852, págs.274-75.
- BENGTTSSON, T. y M. DRIBE: "Quantifying the Family Effect in Infant and Child Mortality using Median Hazard Ratios (MHR). The Case of Rural Sweden, 1766-1895", *Historical Methods* nº 43, 2010, págs.15-27.
- BENGTTSSON, T. y G. P. MINEAU: "Early-life effects on socio-economic performance and mortality in later life: A full life-course approach using contemporary and historical sources", *Social Science & Medicine* nº 68, 2009, págs.1561-64.
- BERNABEU MAESTRE, J., D. RAMIRO FARIÑAS, A. SANZ GIMENO y E. ROBLES GONZÁLEZ: "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica* nº XXI (I), 2003, págs.167-93.
- BERNALDO DE QUIRÓS, C. y J. M. LLANAS AQUILANIEDO: *La mala vida en Madrid*, Madrid, 1901.
- BIDEAU, A.: "Variables familiares de la mortalité infantile", en IMHOF, A. E. *Les Hommes et la santé dans l'histoire. Mensch und Gesundheit in der Geschichte*, Matthiesen Verlag, Husum, 1981.
- BIDEAU, A. y G. BRUNET: "La mortalité des enfants trouvés dans le département de l'Ain aux XVII et XIX siècles", en *Enfance abandonnée et société en Europe, XIV-XXe siècle*, École Française de Roma, Roma, 1991.
- BIDEAU, A., B. DESJARDINS y H. PÉREZ BRIGNOLI, (eds.): *Infant and Child Mortality in the Past*, Clarendon Press, Oxford, 1997.
- BLANCO VILLEGAS, M. J., H. RODRÍGUEZ OTERO, E. SÁNCHEZ COMPADRE, L. CARO DOBÓN y B. LÓPEZ MARTÍNEZ: "Exposición y muerte de los niños acogidos en la Casa Cuna de Ponferrada entre los años 1850-1932 (León, España)", *Revista de Demografía Histórica* nº XX (II), 2002, págs.163-84.
- BOARDMAN, J. D., D. A. POWERS, Y. C. PADILLA y R. A. HUMMER: "Low Birth Weight, Social Factors, and Developmental Outcomes among Children in the United States", *Demography* nº 39 (2), 2002, págs.353-68.
- BONET CORREA, A., (ed.): *El Plan Castro*, COAM, Madrid, 1978.
- BORRÁS LLOP, J. M.: "Zagales, pinches, gamenes....aproximaciones al trabajo infantil", en BORRÁS LLOP, J. M. *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996, págs.227-310.
- ———: "El trabajo infantil en la industria de Barcelona según el censo obrero de 1905", *Historia social* nº 33, 1999, págs.25-48.
- ———, (ed.): *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996.
- BOSWELL, J.: *The Kindness of Strangers: the abandonment of children in Western Europe from late antiquity to Renaissance*, Pantheon Books, New York, 1988.
- BOURDIEU, J., G. POSTEL-VINAY, P.-A. ROSENTAL y A. SUWA-EISENMANN: "Migrations et transmissions inter-générationnelles dans la

- France du XIXe et du début du XXe siècle”, *Annales. Histoire, Sciences Sociales* nº 5, 2000, págs.749-90.
- BRÄNDSTRÖM, A.: “Life histories of single parents and illegitimate infants in Nineteenth-Century Sweden”, *The History of the Family* nº 1 (2), 1996, págs.205-26.
- ———: “Illegitimacy and Lone-Parenthood in XIXth Century Sweden”, *Annales de Démographie Historique* nº 2, 1998, págs.93-113.
- BRAVO FRÍAS, J.: *La transformación de las Inclusas*, 1923.
- ———: “El doctor Bravo contesta a la Diputación”, *El Heraldo de Madrid*, 17 de febrero de 1927, págs.1.
- BRAVO FRÍAS, J. y J. A. ALONSO MUÑOYERRO: “La transformación de las Inclusas”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, Septiembre de 1923, 1923.
- ———: *La transformación de las Inclusas. Memoria presentada al Congreso Nacional de Pediatría de San Sebastián*, Imprenta de Mario Anguiano, Madrid, 1923.
- BRAVO FRÍAS, J. y A. MUÑOYERRO: “Estudio de una epidemia de sarampión en la Inclusa de Madrid”, *La Medicina Ibero. Revista semanal de Medicina y Cirugía*, 31 de enero de 1918, págs.141-44.
- BRESCHI, M. y L. POZZI, (eds.): *The determinants of infant and child mortality in past European populations*, Forum, Editrice Universitaria, Udine, 2004.
- BRODER, S.: “Child Care or Child Neglect? Baby Farming in Late-Nineteenth-Century Philadelphia”, *Gender and Society* nº 2 (2), 1988, págs.128-48.
- BRUNET, G. y J.-L. PINOL: “Vulnerable and unsteady: life histories and changes of residence of unwed mothers in Lyon at the end of the nineteenth century”, *Continuity and Change* nº 25 (2), 2010, págs.263-84.
- BUSSY GENEVOIS, D.: “Mujeres de España: de la República al franquismo”, en DUBY, G. y PERROT, M. *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2001, págs.226-46.
- CALDWELL, J. C.: “Education As a Factor in Mortality Decline. An Examination of Nigerian Data”, *Population Studies* nº 33 (3), 1979, págs.395-413.
- CALLAHAM, W. J.: *La Santa y Real Hermandad del Refugio y Piedad en Madrid, 1618-1832*, Instituto de Estudios Madrileños, Madrid, 1980.
- CAMPBELL, C. y J. Z. LEE: “Long-term mortality consequences of childhood family context in Liaoning, China, 1749-1909”, *Social Science & Medicine* nº 68 (9), 2009, págs.1641-48.
- CAMPO URBANO, S., (ed.): *La población de la Comunidad de Madrid*, Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid, Madrid, 2010.
- CAMPOS MARTÍN, R.: “La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX”, *Hispania* nº LV (3), 1995, págs.1093-112.
- CAPEL MARTÍNEZ, R. M.: “Mujer y educación en el reinado de Alfonso XIII: análisis cuantitativo”, *Cuadernos de Historia Moderna y Contemporánea* nº 2, 1981, págs.231-50.
- ———: *El trabajo y la educación de la mujer en España (1900-1930)*, Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer, Madrid, 1986.
- CARASA SOTO, P.: “La pobreza y la asistencia en la historiografía española contemporánea”, *Hispania* nº 50, 1990, págs.1475-503.

- ———: “La historia y los pobres: de las bienaventuranzas a la marginación”, *Historia Social* nº 13, 1992, págs.77-99.
- ———: “Perspectivas de la historiografía española en torno a los expósitos e ilegítimos desde las actuales tendencias en Historia social.” en PÉREZ MOREDA, V. *Expostos e Ilegítimos na realidade ibérica do século XVI ao presente. Actas do III Congresso da ADEH*, 1996.
- CARBAJO ISLA, M. F.: “La inmigración a Madrid (1600-1850)”, *REIS* nº 32, 1985, págs.67-100.
- ———: *La población de la villa de Madrid desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX*, Siglo XXI, Madrid, 1987.
- CARBALLO BARRAL, B.: “La beneficencia municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915)”, comunicación presentada en el *Congreso Modernizar España. 1898-1914. Proyectos de reforma y apertura internacional en torno a la Conferencia de Algeciras*, Madrid, 20-22 de abril, 2006.
- ———: *Los orígenes del Moderno Madrid: El Ensanche Este (1860-1878)*, Trabajo Académico de Tercer Ciclo defendido en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 2007.
- CARBALLO BARRAL, B., R. PALLOL TRIGUEROS y F. VICENTE ALBARRÁN: “Hacia una ciudad segregada. Rasgos comunes y diferenciales del primer desarrollo del Ensanche Madrileño en sus tres zonas (1860-1880)”, comunicación presentada en el *Congreso de la Asociación de Demografía Historica*, Maó, Menorca, 31 de mayo-2 de junio 2007, 2007.
- ———: *En Ensanche de Madrid. Historia de una capital*, Editorial Complutense, Madrid, 2008.
- CASARES, F.: “Lo que tiene Madrid”, *La Época*, 25 de febrero de 1928, págs.6.
- CASTRO MARTÍN, T.: “Single motherhood and birthweight in Spain: Narrowing social inequalities in health?”, *Demographic Research* nº 22, 2010, págs.863-90.
- CINTORA, J.: “Crónica de actualidad. ¡Pobres niños expósitos!” *El Motín*, 6 de enero de 1900, págs.1.
- COALE, A. J. y S. C. WATKINS, (eds.): *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton University Press, Princeton, 1986.
- COHEN ANSELEM, A.: “La mortalidad de los niños”, en BORRÁS LLOP, J. M., *Historia de la infancia en la España contemporánea, 1834-1936*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Fundación Germán Sánchez Ruipérez, 1996, págs.109-48.
- COLMENAR, O.: “Nodrizas y lactancia mercenaria en España durante el primer tercio del siglo XX”, *Arenal* nº 14 (2), 2007, págs.335-59.
- COLOMER GÓMEZ, A. y C. E. ANABITARTE PRIETO: “Maternidad de Santa Cristina. 100 años de la gestación de un sueño, 1903-2003”, *El Ateneo: revista científica, literaria y artística* nº 12-13, 2003, págs.35-46.
- CORNELL, L. L.: “Infanticide in Early Modern Japan? Demography, Culture and Population Growth”, *The Journal of Asian Studies* nº 55 (1), 1996, págs.22-50.
- CORSINI, C.: “Materiali per lo studio della famiglia in Toscana nei secoli XVII-XIX: gli esposti”, *Quaderni Storici* nº 11, 1976, págs.992-1052.
- ———: ““Era piovuto dal cielo e la terra l'aveva raccolto”: il destino del trovatello”, en *Enfance abandonée et société en Europe, XIV-XXe siècle*, École Française de Rome, Rome, 1991.

- CORTEZO, C. M. y F. MÉNDEZ ÁLVARO: *Discursos pronunciados en la solemne inauguración de la Sociedad Española de Higiene*, Enrique Teodoro, Madrid, 1882.
- CRIMMINS, E. M. y C. E. FINCH: "Infection, inflammation, height and longevity", *PNAS* nº 103 (2), 2006, págs.498-503.
- CUEVAS DE LA CRUZ, M.: *Las mujeres prostitutas en el Madrid del siglo XIX. Control de espacios y formas de vida*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, UNED, 2005.
- CHESNAIS, J.-C.: *The demographic transition. Stages, patterns and economic implications*, Clarendon Press, Oxford, 1992.
- DA FONTE, T. A.: *No limiar da honra e da pobreza. A infância desvalida e abandonada no Alto Minho (1698-1924)*, Ancorensis Cooperativa de Ensino, Minho, 2005.
- DA MOLIN, G.: *Natti e abandonatti. Aspetti demografici e sociali dell'infanzia abbandonata in Italia nell'età moderna*, Bari, 1993.
- DALY, M. y M. WILSON: *The Truth About Cinderella: a Darwinian View of Parental Love*, Yale University Press, New Haven, 1998.
- DAS GUPTA, M.: "Death Clustering, Mothers' Education and the Determinants of Child Mortality in Rural Punjab, India", *Population Studies* nº 44 (3), 1990, págs.489-505.
- DE BLAS, Á.: "Las amas de la Inclusa. Carta del presidente de la Diputación Provincial", *La Época*, 23 de diciembre de 1900, págs.2.
- DE DEMERSON, P.: "La Real Inclusa de Madrid a finales del siglo XVIII", *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº 8, 1978, págs.261-72.
- DE LA FUENTE GALÁN, M. D. P.: *Marginación y pobreza en la Granada de la segunda mitad del siglo XVIII. Los niños expósitos*, Granada, 2000.
- DEL AMO DEL AMO, M. C.: *La familia y el trabajo femenino en España durante la segunda mitad del siglo XIX*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Moderna, Universidad Complutense de Madrid, 2008.
- DELGADO PÉREZ, M.: "La fecundidad de las provincias españolas en perspectiva histórica", *Estudios Geográficos* nº LXX (267), 2009, págs.387-442.
- DEROSAS, R. y N. O. TSUYA: "Child control as Reproductive Strategies in Preindustrial Eurasia", en TSUYA, N. O., FENG, W., ALTER, G. y LEE, J. Z. *Prudence and Pressure. Reproduction and Human Agency in Europe and Asia, 1700-1900*, The MIT Press, 2010, págs.129-56.
- DERRICK, V. P. A.: "Observations on (1) errors in age in the population statistics of England and Wales, and (2) the changes in mortality indicated by the national records", *Journal of the Institute of Actuaries* nº 58, 1927, págs.117-59.
- DOS GUIMARÃES SÁ, I.: "Circulation of children in eighteenth-century Portugal", en PANTER-BRICK, C. y SMITH, M. T. *Abandoned children*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000, págs.27-40.
- DREVENSTEDT, G. L., E. M. CRIMMINS, S. VASUNILASHORN y C. E. FINCH: "The rise and fall of excess male infant mortality", *PNAS* nº 105 (13), 2008, págs.5016-21.
- DUFFIN, J.: "Census versus Medical Daybooks: a comparison on two sources of mortality in nineteenth-century Ontario", *Continuity and Change* nº 12 (2), 1997, págs.199-219.

- EARNER-BYRNE, L.: "Managing Motherhood: Negotiating a Maternity Service for Catholic Mothers in Dublin, 1930-1954", *Social History of Medicine* nº 19 (2), 2006, págs.261-77.
- EDVINSSON, S., A. BRÄNDSTRÖM, J. ROGERS y G. BROSTRÖM: "High-risk families: The unequal distribution of infant mortality in nineteenth-century Sweden", *Population Studies* nº 59 (3), 2005, págs.321-37.
- EGIDO, T.: "Aportación al estudio de la Demografía española: los niños expósitos de Valladolid (siglos XVI-XVIII)", en *Actas de las I Jornadas de Metodología aplicada a las Ciencias Históricas*, Universidad de Santiago de Compostela, 1975, págs.333-45.
- EIRAS ROEL, A.: "La Casa de expósitos del Real Hospital de Santiago del siglo XVIII", *Boletín de la Universidad Compostelana* nº 75-76, 1967, págs.295-335.
- ELDER, G. H., M. KIRKPATRICK JOHNSON y R. CROSNOE: "The Emergence and Development of Life Course Theory", en MORTIMER, J. T. y SHANAHAN, M. J. *Handbook of the Life Course*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 2003, págs.3-19.
- ENGELN, T., J. KOK y R. PAPING: "The family strategies concept: An evaluation of four empirical case studies", *The History of the Family* nº 9, 2004, págs.239-51.
- ENTRECANALES, J.: "La lactancia mixta y artificial en los primeros meses. Ventajas e inconvenientes de algunos productos lácteos", comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923.
- ESPINA PÉREZ, P.: *Historia de la Inclusa de Madrid. Vista a través de los artículos y trabajos históricos, recopilación de textos y notas años 1400-2000*, Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid, Madrid, 2005.
- ESTEBAN DE VEGA, M.: "La asistencia liberal española: beneficencia pública y previsión particular", *Historia Social* nº 13, 1992, págs.123-38.
- ———: "Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española", *Ayer* nº 25, 1997, págs.15-34.
- ———: "Pobreza y asistencia social en la España de la Restauración", en PALACIO MORENA, J. I. *La Reforma Social en España. En el centenario de las Reformas Sociales*, CES, Madrid, 2004.
- FERNÁNDEZ, A.: "La sociedad madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico", en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. *La sociedad madrileña durante la Restauración* Alfoz, 1989, págs.29-76.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A.: "Modelo demográfico y problemas sanitarios", *Arbor* nº 666, 2001, págs.323-42.
- ———, (ed.): *Historia de Madrid*, Editorial Complutense, Ayuntamiento, Madrid, 1994.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A., Á. BAHAMONDE MAGRO y J. A. MARTÍNEZ: "La evolución política de Madrid, 1900-1994", en FERNÁNDEZ GARCÍA, A. *Historia de Madrid*, Editorial Complutense, Ayuntamiento, Madrid, 1994.
- FERNÁNDEZ UGARTE, M.: "Un aspecto de la historia social: Los expósitos en la Salamanca del siglo XVIII", en *Actas del I Congreso de Historia de Salamanca*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1992.
- FERNÁNDEZ VARGAS, V.: "Informe sobre el archivo de la antigua Inclusa de Madrid, hoy Instituto Provincial de Puericultura", *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº V, 1970, págs.187-201.

- FINCH, C. E. y E. M. CRIMMINS: "Inflammatory Exposure and Historical Changes in Human Life-Spans", *Science* (305), 2004, págs.1736-39.
- FLIESS, K. H. y M. P. GUTMANN: "Parochial Burial Registers: The Case of Texas in the 19th Century", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* n° 54 (2), 1999, págs.296-311.
- FOGEL, R. W. y C. H. LEE: "New sources and New Techniques for the Study of Secular Trends in Nutritional Status, Health, Mortality and Process of Aging", *Historical Methods* n° 26, 1993, págs.5-43.
- FORNET, E. "El asilo de niños que quisieron incendiar", *Estampa*, 30 de diciembre de 1933, págs.15-17.
- FRIDLIZIUS, G.: "The deformation of cohorts: nineteenth-century mortality in a generational perspective", *Scandinavian Economic History* n° 37, 1989, págs.3-10.
- FUCHS, R. G.: "Legislation, Poverty and Child-Abandonment in Nineteenth-Century Paris", *Journal of Interdisciplinary History* n° 18 (1), 1987, págs.55-80.
- ———: *Abandoned Children*, State University of New York Press, Albany, 1988.
- ———: "Child Abandonment in European History: a Symposium", *Journal of Family History* n° 17 (1), 1992, págs.1-23.
- GAGNON, A. y R. MAZAN: "Does exposure to infectious diseases in infancy affect old-age mortality?", *Social Science & Medicine* n° 68 (9), 2009, págs.1609-16.
- GALLANT, T. W.: "Agency, Structure, and Explanation in Social History: The Case of the Foundling Home on Kephallenia, Greece, during the 1830s", *Social Science History* n° 15 (4), 1991, págs.479-508.
- GARCÍA DEL MORAL, J.: *La Casa de Maternidad de Madrid*, Imp.Lit. y Enc. Vda. de F. Fons, Santander, 1909.
- GARCÍA FERRERO, S.: *La gripe de 1889-90 en Madrid*, Trabajo de Fin de Máster defendido en el Departamento de Sociología II, Universidad Complutense de Madrid, 2010.
- GARCÍA MOLINA, J.: "La protección de menores. Una aproximación a la fundamentación histórica del internamiento de menores (II)", *Pedagogía social* n° 4, 1999, págs.85-104.
- GARCÍA SÁNCHEZ, M. I.: *La Inclusa de Madrid durante la guerra civil (1936-1939)*, Trabajo de Fin de Máster defendido en el Departamento de Historia contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 1994.
- ———: "La Inclusa de Madrid", *Historia 16* n° 275, 1999, págs.92-97.
- GARDASRSDÓTTIR, Ó.: "The implications of illegitimacy in late nineteenth-century Iceland: the relationship between infant mortality and the household position of mothers giving birth to illegitimate children", *Continuity and Change* n° 15 (3), 2000, págs.435-61.
- GAUDINO, J. A.: "No father's names: a risk factor for infant mortality in teh State of Georgia, USA", *Social Science & Medicine* n° 48, 1999, págs.253-65.
- GAVITT, P.: "Charity and State Building in Cinquecento Florence: Vincenzo Borghini as Administrator of the Ospedale degli Innocenti", *The Journal of Modern History* n° 69 (2), 1997, págs.230-70.
- GÓMEZ AGUADO, J.: "Mi aportación al problema de la lactancia artificial y dietética infantil", comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923.

- GÓMEZ CANO, M.: “Asilo de San José (Sucursal de la Inclusa)”, *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Febrero, 1911, págs.63-68.
- ———: “La Inclusa de Madrid”, *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Marzo, 1911, págs.93-100.
- ———: “Los asilos-cunas”, *Pro Infantia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Agosto, 1911, págs.337-44.
- GÓMEZ HERRERO, D.: *Historia, organización y modos de funcionar de la Institución Municipal de Puericultura*, Imprenta de Juan Pérez Torres, Madrid, 1926.
- GÓMEZ MENDOZA, A.: “Ferrocarril, abastecimientos y mercado nacional: Madrid, 1875-1931”, en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, Alfoz Comunidad Autónoma de Madrid UCM, Madrid, 1989, págs.352-75.
- GÓMEZ REDONDO, R.: “El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970”, *REIS* nº 32, 1985, págs.101-40.
- GÓMEZ RUIZ, T.: *El Hospital Real de Santa María Magdalena y la Casa de Expósitos de Almería, Almería y los almerienses*, Instituto de Estudios Almerienses. Diputación de Almería, Almería, 1997.
- GONZÁLEZ ALVAREZ, B.: *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, Carrión Hermanos, Impresores, Madrid, 1895.
- ———: “Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública”, 1895
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, B.: *Anatomía y Fisiología especiales del niño de su alimentación y crecimiento y preliminares de clínica pediátrica*, Carrión Hermanos Impresores, Madrid, 1895.
- ———: “La Inclusa de Madrid. Lo que dice el doctor González Álvarez”, *El Globo* de 1899, págs.1.
- ———: “Más sobre la Inclusa de Madrid”, *El Globo*, 7 de enero de 1900, págs.1.
- ———: “Carta del Doctor González Álvarez”, *ABC*, 21 de junio de 1918, págs.14-15.
- GONZÁLEZ CASTILLO, M. J.: *Las matronas malagueñas, un colectivo profesional discriminado en la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)*, XII Premio Siem de investigación feminista "Concepción Gimeno de Flaquer" de la Universidad de Zaragoza, 2001.
- GONZÁLEZ REVILLA, G.: *La protección a la infancia abandonada*, Tipografía Popular, Bilbao, 1907.
- GUO, G.: “Use of Sibling Data to Estimate Family Mortality Effects in Guatemala”, *Demography* nº 30 (1), 1993, págs.15-32.
- GUO, G. y L. M. GRUMMER-STRAWN: “Child Mortality Among Twins in Less Developed Countries”, *Population Studies* nº 47 (3), 1993, págs.495-510.
- GUTMANN, M. P., W. PARKER FRISBIE y K. S. BLANCHARD: *Dating the Origins of the Epidemiologic Paradox among Mexican Americans*, Population Research Centre of the University of Texas at Austin, 1998.

- HÄGERSTRAND, T.: "What about People in Regional Science?" comunicación presentada en el *European Congress of the Regional Science Association*, Copenhagen, Dinamarca, 1969.
- HARRIS, M.: "Why men dominate women?" *New York Times Magazine* nº 13 de noviembre, 1977, págs.115-23.
- HAUSER, P.: *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, Vol. I, Editora Nacional, Madrid, 1902.
- HERNÁNDEZ BRIZ, B.: *La Inclusa y Colegio de la Paz de Madrid. Su estado actual y su porvenir.*, Escuela Tipográfica Provincial, Madrid, 1915.
- ———: "Conferencia de Higiene Infantil", *La Escuela Moderna* nº Marzo (307), 1917, págs.153-63.
- ———: "La Inclusa de Madrid", *La Correspondencia de España*, 22 de febrero de 1918, págs.4.
- ———: "Causas de la mortalidad de los niños en la Inclusa. Sus remedios", *Pro Infancia. Boletín del Consejo Superior de protección a la infancia y represión de la mendicidad* nº Marzo y Abril, 1921, págs.75-77.
- HUBBARD, W. H.: "The urban penalty: town and mortality in nineteenth-century Norway", *Continuity and Change* nº 15 (2), 2000, págs.331-50.
- HUERTAS, R.: "Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923)", *Asclepio* nº LIV (2), 2002, págs.253-76.
- HUNECKE, V.: *I trovatelli di Milano: Bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo*, Il Mulino, Bologna, 1989.
- ———: "The abandonment of legitimate children in nineteenth-century Milan and the European context", en HENDERSON, J. y WALL, R. *Poor women and children in the European Past*, Routledge, London and New York, 1994, págs.117-35.
- IGLESIAS GALA, J. M.: *La infancia en Madrid durante la Segunda República*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 1992.
- INGALLS, W.: "Demography and Dowries: perspectives on Female infanticide in Classical Greece", *Phoenix* nº 56 (3/4), 2002, págs.256-54.
- JACKSON, M., (ed.): *Infanticide: historical perspectives on child murder and concealment, 1500-2000*, Ashgate, Aldershot, 2002.
- JANSEN, P. W., H. TIEMEIER, C. W. N. LOOMAN, V. W. V. JADDOE, A. HOFMAN, H. MOLL, E. A. P. STEEGERS, F. C. VERHULST, J. P. MACKENBACH y H. RAAT: "Explaining educational inequalities in birthweight: the Generation R study", *Pediatrics and Perinatal Epidemiology* nº 23, 2009, págs.216-28.
- JOBAYER CHRISTI, M., M. TEBRUEGGE, S. LA VINCENTE, S. M. GRAHAM y T. DUKE: "Pneumonia in severely malnourished children in developing countries- mortality risk, aetiology and validity of WHO clinical signs: a systematic review", *Tropical Medicine and International Health* nº 14 (10), 2009, págs.1173-89.
- KERMACK, W., A. MCKENDRICK y P. MCKINLAY: "Death rates in Great Britain and Sweden: some regularities and their significance", *Lancet* nº March, 1934, págs.698-703.
- KERTZER, D. I.: "Gender Ideology and Infant Abandonment in Nineteenth-Century Italy", *Journal of Interdisciplinary History* nº 22 (1), 1991, págs.1-25.

- ———: “Child Abandonment in European History: A Symposium”, *Journal of Family History* nº 17 (1), 1992, págs.1-23.
- ———: *Sacrificed for Honor: Italian Infant Abandonment and the Politics of Reproductive Control*, Beacon Press, Boston, 1994.
- ———: “Age structuring and the lives of abandoned children”, *The History of the Family* nº 41, 1999, págs.5-15.
- ———: “Syphilis, foundlings and wetnurses in Nineteenth-century Italy”, *Journal of Social History* nº 32 (3), 1999, págs.589-.
- ———: *Amalia's Tale. A Poor Peasant, an Ambitious Attorney, and a Fight for Justice*, Houghton Mifflin Company, Boston, 2008.
- KERTZER, D. I., W. SIGLE y M. J. WHITE: “Childhood mortality and Quality of Care among Abandoned Children in Nineteenth-Century Italy”, *Population Studies* nº 53 (3), 1999, págs.303-15.
- KERTZER, D. I. y M. J. WHITE: “Cheating the angel-makers: surviving infant abandonment in nineteenth century Italy”, *Continuity and Change* nº 9 (3), 1994, págs.451-80.
- KIPPLE, K. F., (ed.): *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.
- KNIBIEHLER: “Cuerpos y corazones”, en DUBY, G. y PERROT, M. *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2001, págs.339-88.
- KNODEL, J.: *Demographic Behaviour in the Past: A Study of Fourteen German Village Population in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988.
- KOK, J., F. VAN POPPEL y E. KRUSE: “Mortality among Illegitimate Children in Mid-Nineteenth-Century The Hague”, en CORSINI, C. y VIAZZO, P. P. *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750–1990*, Martinus Nijhoff, The Hague, 1997, págs.193-211.
- KRAMER, M. S., L. SEGUIN, J. LYDON y L. GOULET: “Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly?” *Paediatric and Perinatal Epidemiology* nº 14, 2000, págs.194-210.
- KRAUSE, M.: “La legislación sobre beneficencia y su práctica en el cambio de siglo”, en ALVAREZ JUNCO, J. *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, págs.193-218.
- KUH, D. y Y. BEN-SCHLOMO: *Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. Tracing the origins of ill-health from early to adult life*, Oxford University Press, Oxford, 1997.
- ———, (eds.): *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, 2004.
- KUNITZ, S. J.: “Premises, premises: Comments on the comparability of classifications.” comunicación presentada en el Seminario Congreso *History of Registration of Causes of Death Conference*, Bloomington, Estados Unidos, 11-14 de Noviembre, 1993.
- LALOU, R.: “Endogenous mortality in New France: at the crossroads of natural and social selection”, en BIDEAU, A., DESJARDINS, B. y PÉREZ BRIGNOLI, H. *Infant and Child Mortality in the Past*, Clarendon Press, Oxford, 1997, págs.201-15.
- LANGER, W. L.: “Checks on population growth, 1750-1850”, *Scientific American* nº 226, 1972, págs.93-99.

- LARQUIE, C.: “La crianza de los niños madrileños abandonados en el siglo XVII”, *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº 23, 1986, págs.363-84.
- LARQUIÉ, C.: “Le poids financier de l'abandon de l'enfant à Madrid”, en *Enfance abandonnée et société en Europe*, École Française en Rome, Rome, 1991, págs.785-813.
- LASLETT, P.: “The bastardy prone sub-society”, en LASLETT, P., OOSTERVEEN, K. y SMITH, R. M. *Bastardy and its Comparative History: studies in the history of illegitimacy and marital nonconformism in Britain, France, Germany, Sweeden, North America, Jamaica and Japan*, Harvard University Press, Cambridge, Massachussets, 1980.
- ———: “Introduction: Comparing Illegitimacy Over Time and Between Cultures”, en LASLETT, P., OOSTERVEEN, K. y SMITH, R. M. *Bastardy and its Comparative History: Studies in the History of Illegitimacy and Marital Nonconformism in Britain, France, Germany, Sweden, North America, Jamaica and Japan*, Harvard University Press, Cambridge, Massachussets, 1980, págs.1-68.
- LESTER, D.: “Infant Mortality and Illegitimacy”, *Social Science & Medicine* nº 35 (5), 1992, págs.739-40.
- LEUNG, A. K. C.: “L'Accueil des enfants abandonnes dans la Chine du bas-Yangzi aux XVIIe et XVIIIe siècles”, *Études Chinoises*, 1985
- LEVENE, A.: *Health and survival chances at the London Foundling Hospital and the Spedale degli Innocenti of Florence, 1741-1799*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia, University of Cambridge, 2002.
- ———: “The estimation of mortality at the London Foundling Hospital, 1741-1799”, *Population Studies* nº 59 (1), 2005, págs.89-97.
- ———: “The mortality penalty of illegitimate children: foundlings and poor children in Eighteenth-Century England”, en LEVENE, A., WILLIAMS, S. y NUTT, T. *Illegitimacy in Britain, 1700-1920*, Anthony Rowe Ltd, Chipenham and Eastbourne, London, 2005, págs.34-49.
- ———: “The survival prospects of European foundlings in the eighteenth century: the London Foundling Hospital and the Spedale degli Innocenti of Florence”, *Popolazione e Storia* (2), 2006, págs.61-84.
- ———: *Child-care, Health and Mortality at the London Foundling Hospital, 1741-1800: "Left to the Mercy of the World"*, Manchester University Press, Manchester, 2007.
- LINK, B. G. y J. PHELAN: “Social Conditions as Fundamental Causes of Disease”, *Journal of Health and Social Behaviour* nº 35, 1995, págs.80-94.
- ———: “Fertility and Nuptiality Changes in Spain from the Late XVIII to the Early XX Century”, *Population Studies* nº 22 (1 & 2), 1968, págs.83-102 & 211-34.
- ———: *Introducción a la demografía*, Ariel, Barcelona, 1993.
- LÓPEZ-CORDÓN, M. V.: “Familia, sexo y género en la España moderna”, *Studia Historica. Historia Moderna* nº 18, 1998, págs.105-34.
- LÓPEZ KELLER, E.: “Hacia la quiebra de la mentalidad liberal: las resistencias al cambio”, en ALVAREZ JUNCO, J. *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Centro de Publicaciones. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, págs.137-60.
- LÓPEZ NUÑEZ, Á.: *La protección a la Infancia en España*, Imprenta de Eduardo Arias, Madrid, 1908.

- LÓPEZ VIERA, D.: *El niño expósito en Huelva y su tierra durante el Antiguo Régimen*, Excmo. Ayuntamiento de Huelva, Huelva, 2003.
- LYNCH, K. A.: "Infant Mortality, Child Neglect, and Child Abandonment in European History: A Comparative Analysis", en BENGTSSON, T. y SAITO, O. *Population and Economy. From Hunger to Modern Economic Growth*, Oxford University Press, Oxford, 2000.
- MACKENBACH, J. P., I. STIRBU, A.-J. R. ROSKAM, M. M. SCHAAP, G. MENVIELE, M. LEINSALU y A. KUNST: "Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European countries", *New England Journal of Medicine* nº 358 (23), 2008, págs.2468-81.
- MALTHUS, T. R.: *An Essay on the Principle of Population*, John Murray, London, 1826.
- MANDLER, P., (ed.): *The Uses of Charity: The Poor on Relief in the Nineteenth-Century Metropolis*, University of Pennsylvania, Philadelphia, 1990.
- MARKIDES, K. S. y J. COREIL: "The Health of Hispanics in the Southwestern United States: an Epidemiologic Paradox", *Public Health Reports* nº 101 (3), 1986, págs.253-65.
- MARTÍN GARCÍA, A., M. J. PÉREZ ÁLVAREZ y R. E. LÓPEZ PÉREZ: "Sistema asistencial, nodrizas y mortalidad infantil en León, 1700-1791", comunicación presentada en el *VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Mahón (Menorca), 31 mayo-2 junio, 2007.
- MASSA, P. "Los barrios de Madrid. Paseos de un hombre estadístico y sentimental", *El Liberal*, 6 de junio de 1929.
- MCCLURE, R. K.: *Coram's Children: the London Foundling Hospital in the eighteenth century*, Yale University Press, New Haven, 1981.
- MCKEOWN, T.: "The modern rise of population", 1978
- MEDINA DOMÉNECH, R. M. y E. RODRÍGUEZ OCAÑA: "Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX", *Dynamis* nº 14, 1994, págs.77-94.
- MEDINA, M. "Del torno al hospicio", *Alrededor del Mundo*, 1 de julio de 1918.
- MEGINO, A.: *La Demauxesia. Aumentación del pueblo por los medios de procurar que no mueran 50.000 personas que según un cálculo prudencial y bien formado se pierden anualmente en las Casas de expósitos, en los Ospicios y en las Cárceles de España*, Venecia, 1805.
- MELVE, K. K. y R. SKJAERVEN: "Birthweight and perinatal mortality: paradoxes, social class, and sibling dependencies", *International Epidemiological Association* nº 32, 2003, págs.625-532.
- MESLÉ, F. y J. VALLIN: "Reconstructing long-term series of causes of death", *Historical Methods* nº 29, 1996, págs.72-78.
- MEZA, R. S.: "Orphans and Family Disintegration in Chile: The Mortality of Abandoned Children, 1750-1930", *Journal of Family History* nº 16 (3), 1991, págs.315-29.
- MILLER, J.: *Abandoned: Foundlings in Nineteenth-Century New York City*, New York University Press, New York, 2008.
- MILLWARD, R. y F. BELL: "Infant Mortality in Victorian Britain: The Mother as a Medium", *The Economic History Review* nº 54 (4), 2001, págs.699-733.
- MODIN, B.: "Born out of wedlock and never married-it breaks a man's heart", *Social Science & Medicine* nº 57, 2003, págs.487-501.

- MONTE-CRISTO: “La Casa de San José”, *El Imparcial*, 9 de noviembre de 1916, págs.3.
- MONTERO, F.: “De la Beneficencia a la reforma social. Los orígenes de la política social del Estado: estado de la cuestión, fuentes y archivos”, *Espacio, Tiempo y Forma. Serie V. Hª Contemporánea* nº 7, 1994, págs.415-33.
- MONTIEL PASTOR, J.: “La Casa Provincial de Maternidad y Expósitos de Barcelona (1853-1925). Las nodrizas externas como elemento clave del sistema asistencial, su evolución y problemática.” comunicación presentada en el *VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica (ADEH)*, Maó (Menorca), 30 de mayo y 1 y 2 de junio, 2003.
- MONTOLIÚ CAMPS, P.: *Madrid, 1900*, Sílex, Madrid, 1994.
- MOONEY, G.: “Shifting Sex Differentials in Mortality During Urban Epidemiological Transition: The Case of Victorian London”, *International Journal of Population Geography* nº 8, 2002, págs.17-47.
- MORA SITJA, N.: “La inmigración en Madrid a mediados del siglo XIX: una primera aproximación”, comunicación presentada en el *VI Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Granada, 1-3 Abril, 2004.
- MOSLEY, W. H. y L. C. CHEN: “An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries”, *Population and Development Review* nº 10 (Supplement), 1984, págs.25-45.
- NASH, M.: “Identidad cultural de género, discurso de la domesticidad y la definición del trabajo de las mujeres en la España del siglo XIX”, en DUBY, G. y PERROT, M. *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2000, págs.612-23.
- ———: “Maternidad, Maternología y reforma eugénica en España, 1900-1930”, en DUBY, G. y PERROT, M. *Historia de las mujeres*, Taurus, Madrid, 2001, págs.679-703.
- NAVARRO, P.: “Lactancia mercenaria: hipocresía y explotación”, *Asclepio* nº 35, 1983, págs.375-87.
- NIELFA CRISTÓBAL, G.: “Madrid en la crisis finisecular”, en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. *Madrid en la sociedad del siglo XIX*, Consejería de Educación. Secretaría General Técnica, Revista ALFOZ y C.I.D.U., Madrid, 1986, págs.263-84.
- NUTTAL, A.: “Because of Poverty brought into Hospital' A Casenote-Based Analysis of the Changing Role of the Edinburgh Royal Maternity Hospital, 1850-1912”, *Social History of Medicine* nº 20 (2), 2007, págs.263-80.
- OEPPEN, J., D. RAMIRO FARIÑAS y S. GARCÍA FERRERO: “Estimating Reproductive Numbers for the 1889-90 and 1918-20 Influenza Pandemics in the city of Madrid.” comunicación presentada en el *European Social Science History Conference*, Gante, Bélgica, 13-16 Abril, 2010.
- OMRAM, A.: *Epidemiologic Transition in the United States. The Health Factor in Population Change*, *Population Bulletin*, Population Reference Bureau, Washington, 1977.
- ORIS, M. y G. ALTER: “Paths to the city and roads to death. Mortality and migration in East Belgium during the industrial revolution”, *Revue Belge d'Histoire Contemporaine* nº XXXI, 2001, págs.453-95.
- ORIS, M., R. DEROSAS y M. BRESCHI: “Infant and Child Mortality”, en BENGTTSSON, T., CAMPBELL, C. y LEE, J. Z. *Life under Pressure. Mortality and Living Standards in Europe and Asia, 1700-1900*, The MIT Press, Cambridge, Massachussets, 2004.

- ORTEGA MUNILLA, J.: “La nodriza-ogro”, *La madre y el niño*, Septiembre de 1883, págs.140-41.
- OTERO CARVAJAL, L. E.: “Las ciudades en la España de la Restauración, 1868-1939”, comunicación presentada en las *VII Jornadas Investigación de Castilla La Mancha sobre investigación en archivos. España entre Repúblicas 1868-1939*, Guadalajara, 2005.
- PALACIO LIS, I.: *Mujeres ignorantes: madres culpables: adoctrinamiento y divulgación materno-infantil en la primera mitad del siglo XX*, Universitat de València, Valencia, 2003.
- PALACIO LIS, I. y C. RUIZ: *Redimir la inocencia: historia, marginación infantil y educación protectora*, Universitat de Valencia. Servei de publicacions, Valencia, 2002.
- PALACIO MORENA, J. I., (ed.): *La Reforma Social en España. En el centenario de las Reformas Sociales*, CES, Madrid, 2004.
- PALLOL TRIGUEROS, R.: *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 2009.
- PALLONI, A., C. MILESI, R. G. WHITE y A. TURNER: “Triggering inequality and health gradients: do health selection effect matters?”, en SURKYN, J., VAN BAVEL, J. y DEBOOSERE, P. *Demographic challenges for the 21st century: A state of the art in demography. Liber Amicorum for Ron Lesthaeghe*, Vrije, Brussels, 2008, págs.175-209.
- PANKRATZ, V. S., M. ANDRADE y T. M. THERNEAU: "Random-Effects Cox Proportional Hazards Model: General Variance Components Methods for Time-to-Event Data", *Genetic Epidemiology* nº 28, 2005, págs.97-109.
- PASCUA, M.: *La mortalidad infantil en España*, Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, Madrid, 1934.
- PERDIGUERO GIL, E.: *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Guada Litografía, S.L., Valencia, 2004.
- PERDIGUERO GIL, E. y R. CASTEJÓN: “Médicos, regulación estatal y empresas alimentarias en la introducción y consumo de las fórmulas infantiles en España (1900-1936)”, comunicación presentada en el Seminario *Salud y ciudades en España, 1880-1940. Condiciones ambientales, niveles de vida e intervenciones sanitarias*, Barcelona, 8-9 julio, 2010.
- PERDIGUERO GIL, E. y E. ROBLES GONZÁLEZ: “La protección a la infancia y la Sociedad Española de Higiene”, en PERDIGUERO GIL, E. *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa Mediterránea a comienzos del siglo XX*, Guada Litografía, S.L., Valencia, 2004, págs.93-122.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M. J. y A. MARTÍN GARCÍA: “Exposición y supervivencia en la provincia de León a finales del Antiguo Régimen”, comunicación presentada en el *VIII Congreso de Demografía Histórica (ADEH)*, Mahón (Menorca), 31 mayo-2 junio, 2007.
- PÉREZ MOREDA, V.: *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Siglo XXI, Madrid, 1980.
- ———: “Las circunstancias del abandono”, en *Enfance abandonée et société en Europe.XIVe-XIXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991, págs.73-80.

- ———: *La infancia abandonada en España: (siglos XVI-XX): discurso leído el día 8 de mayo de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don Vicente Pérez Moreda y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero*, Real Academia de la Historia, Madrid, 2005.
- ———, (ed.): *Infancia abandonada e ilegitimidad en la historia de las poblaciones ibéricas. Actas del III Congreso de la ADEH (Asociación de Demografía Histórica)*, vol. 3 Ediciones Afrontamento, Braga-Guimaraes, 1995.
- PÉREZ MOREDA, V., D. RAMIRO FARIÑAS y A. SANZ GIMENO: “Dying in the city: urban mortality in Spain in the middle of the health transition”, en SONNINO, E. *Living in the city (14th-20th century). Vivre en ville (XIV-XX siècles)*, University of Rome, La Sapienza, Rome, 2004, págs.617-54.
- PERLS, T. T., J. WILMOTH, R. LEVENSON, M. DRINKWATER, M. COHEN, H. BOGAN, E. JOYCE, S. BREWESTER, L. KUNKEL y A. PUCA: “Life-Long Sustained Mortality Advantage of Siblings of Centenarians”, *PNAS* nº 99 (12), 2002, págs.8442-47.
- PORRAS GALLO, I.: *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Complutense de Madrid, 1994.
- ———: *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-1919*, Editora Complutense, S.L., Madrid, 1997.
- ———: “Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX”, *Asclepio* nº LIV (1), 2002, págs.219-50.
- PRESTON, S.: *Mortality Patterns in National Populations: With Special Reference to Recorded Causes of Death* Academic, New York, 1976.
- PRESTON, S., M. E. HILL y G. L. DREVENSTEDT: “Childhood conditions that predict survival to advanced ages among African-Americans”, *Social Science & Medicine* nº 47 (9), 1998, págs.1231-46.
- PRESTON, S. y P. TAUBMAN: “Socioeconomic differences in adults mortality and health status”, en MARTIN, L. G. y PRESTON, S. *Demography on aging*, National Academy Press, Washington D.C, 1994.
- PRESTON, S. H. y E. VAN DE WALLE: “Urban French Mortality in the Nineteenth Century”, *Population Studies* nº 32 (2), 1978, págs.275-97.
- PUJADES MORA, J.-M.: *La modernització d'un sistema demogràfic urbà: Anàlisi e la mortalitat infantil i juvenil a la ciutat de Palma (1838-1960)*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia Contemporánea, Universitat de les Illes Balears, 2008.
- PULLAN, B.: *Orphans and foundlings in Early Modern Europe*, The Stenton Lecture, Reading, 1989.
- QUARANTA, L. y T. BENGTSSON: “How conditions in early life affect mortality by age and gender: Southern Sweden, 1830-1968”, comunicación presentada en el *International Workshop on Death Clustering*, Umeå, 22-23 Octubre, 2010.
- ———: “How conditions in early life affect mortality by age and gender: Southern Sweden, 1830-1968”, comunicación presentada en el *Population Association of America Conference*, Washington DC, March 31-April 2, 2011.
- RAMAS VARO, M. L.: *La protección legal de la infancia en España. Orígenes y aplicación en Madrid (1900-1914)*, Consejo Económico y Social, Madrid, 2001.

- RAMIRO FARIÑAS, D.: *La evolución de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1785-1960*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología II, Universidad Complutense de Madrid, 1998.
- ———: “Il declino della mortalità durante l'infanzia nella Spagna urbana e rurale, 1860-1930”, *Storia Urbana* nº 119, 2008, págs.125-49.
- ———: “Regional Mortality Differentials by Causes of Death in Spain, 1900-1932” comunicación presentada en el *Congreso I censimenti fra passato, presente e futuro. Le fonti di stato della popolazione a partire dal XIV secolo*, Torino, Italia, 5-6 de noviembre, 2010.
- RAMIRO FARIÑAS, D. y V. PÉREZ MOREDA: “Diferencias de la mortalidad por sexo en España durante el siglo XX”, comunicación presentada en el *VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, Mahón, Menorca, 31 mayo-2 junio, 2006.
- RAMIRO FARIÑAS, D. y A. SANZ GIMENO: “Childhood mortality in Central Spain, 1790-1960: changes in the course of demographic modernization”, *Continuity and Change* nº 15 (2), 2000, págs.235-67.
- ———: “Structural Changes in Childhood Mortality in Spain, 1860-1990”, *International Journal of Population Geography* nº 6, 2000, págs.61-82.
- RANSEL, D. L.: *Mothers in Misery. Child Abandonment in Russia*, Princeton University Press, Princeton, 1988.
- RECIO, P.: “Breve visita a la Inclusa. Una charla con el doctor Muñoyerro”, *La Voz*, 20 de febrero de 1930, págs.4.
- REHER, D.-S.: “Wasted Investments: Some Economic Implications of Childhood Mortality Patterns”, *Population Studies* nº 49 (3), 1995, págs.519-36.
- ———: “In Search of the Urban Penalty. Exploring Urban and Rural Mortality Patterns in Spain during the Demographic Transition”, *International Journal of Population Geography* nº 7, 2001, págs.105-27.
- ———: “Población y sociedad en España durante el siglo XX”, en MALDONADO, J. L. *Informe sobre la situación demográfica en España. 2004*, Fundación Fernando Abril Martorell, 2004.
- REHER, D.-S., V. PÉREZ MOREDA y J. BERNABEU MAESTRE: “Assessing change in historical context. Childhood mortality patterns in Spain during the demographic transition”, en VIAZZO, P. P. *New perspectives on the decline of infant and child mortality*, Istituto degli Innocenti, UNICEF, Florencia, 1997, págs.35-56.
- REHER, D.-S. y A. SANZ GIMENO: “Marked from the outset: season of birth and health during early life in Spain during the demographic transition”, *Continuity and Change* nº 21 (1), 2006, págs.107-29.
- REID, A.: “Neonatal mortality and stillbirths in Derbyshire in the early twentieth century”, *Population Studies* nº 55 (3), 2001, págs.213-32.
- ———: “Infant feeding and post-neonatal mortality in Derbyshire, England, in the Early Twentieth Century”, *Population Studies* nº 56 (2), 2002, págs.151-66.
- ———: “The influences on the health and mortality of illegitimate children in Derbyshire, 1917-1922”, en LEVENE, A., NUTT, T. y WILLIAMS, S. *Illegitimacy in Britain, 1700-1920*, Anthony Rowe Ltd, Chipenham and Eastbourne, London, 2005, págs.181-205.
- ———: “Doctors and the certification of death in nineteenth century Scotland”, comunicación presentada en el *Curso de Postgrado. La Salud de la población*, Madrid, 2008.

- ———: “Mrs. Killer and Dr. Crook: birth attendants and birth outcomes in early twentieth century Derbyshire”, comunicación presentada en el *European Social Science History Conference*, Gante, Bélgica, 10-13 Abril, 2010.
- REID, A., R. DAVIS, A. BLAIKIE y E. GARRETT: “Vulnerability among illegitimate children in nineteenth century Scotland”, *Annales de Demographie Historique* nº 111 (1), 2006, págs.89-113.
- REVENGA, R.: *La muerte en Madrid*, Madrid, 1901.
- REVILLA, G. G.: “La mejor alimentación para el niño privado de la leche de su madre y no pudiendo disponer de una nodriza en casa, es la leche de vacas”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923.
- REVUELTA EUGERCIOS, B. A.: *La Inclusa de Madrid en el primer tercio del siglo XX. Entre los usos de la Beneficencia y la demografía de los expósitos. Madrid, 1900-1931*, Trabajo Académico de Tercer Ciclo defendido en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 2008.
- ———: “Releasing mother's burden: Child Abandonment and Retrieval in the Foundling Hospital of Madrid, 1890-1935”, *Journal of Interdisciplinary History*, en prensa
- RIBERA SANS, J.: “Discurso del señor don José Ribera Fans en contestación al anterior”, en GONZÁLEZ ALVAREZ, B. *Higiene del niño abandonado durante su primera infancia. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la Recepción Pública*, Carrión Hermanos, Impresores, Madrid, 1895.
- RICE, A. L., A. HYDER y R. E. BLACK: “Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries”, *Bulletin of the World Health Organization* nº 78 (10), 2000, págs.1207-21.
- RICHTER, J. S.: “Infanticide, child abandonment and abortion in Imperial Germany”, *Journal of interdisciplinary History* nº 23 (4), 1998, págs.511-51.
- RIVERA, M.: “Sífilis congénita”, *Honduras Pediátrica* nº XXIII (2), 2003, págs.1-4.
- ROBLES GONZÁLEZ, E.: *La transición de la mortalidad infantil y juvenil en las comarcas meridionales valencianas, 1838-1960*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología III, UNED, 2002.
- RODRÍGUEZ MARTÍN, A. M.: “La inclusa de Pontevedra (1872-1903)”, *Pontevedra. Revista de Estudios Provinciais* nº 19, 2003, págs.179-204.
- ———: “El castigo del deseo femenino en la Casa de Expósitos y Maternidad de Barcelona”, en PASCUA, M. J., GARCÍA-DONCEL, M. D. R. y ESPINGADO, G. *Mujer y deseo: representaciones y prácticas de vida*, Universidad de Cádiz, Servicio de Publicaciones, Cádiz, 2004, págs.511-17.
- ———: *La Casa de Maternidad y Expósitos de Barcelona, 1872-1903*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Historia, Universidad de Barcelona, 2007.
- ———: “Una estrategia de supervivencia familiar en Barcelona, en la segunda mitad del siglo XIX”, comunicación presentada en el *Congreso Familia y organización social en Europa y América, siglos XV-XX*, Murcia-Albacete, 12-14 diciembre, 2007.
- ———: “El destino de los niños de la Inclusa de Pontevedra, 1872-1903”, *Cuadernos de Estudios Gallegos* nº 121 (Enero-Diciembre), 2008, págs.353-88.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E.: “Una medicina para los niños”, en BORRÁS LLOP, J. M. *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de

- Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996, págs.149-93.
- ———: “La Higiene Infantil”, en ATENZA FERNÁNDEZ, J. y MARTÍNEZ PEREZ, J. *El centro secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo*, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2001, págs.215-33.
 - ———: “La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX”, en ATENZA FERNÁNDEZ, J. y MARTÍNEZ PEREZ, J. *El centro secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo*, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2001, págs.215-33.
 - ———: “La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea”, *Dynamis* nº 23, 2003, págs.27-36.
 - ROMANO, J.: “La tragedia del niño expósito”, *Nuevo Mundo*, 15 de abril 1927.
 - SÁNCHEZ BARRICARTE, J. J.: “Análisis crítico de los índices de Princeton (Ig, Im, If, Ih). Una nueva propuesta de medición de la natalidad”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica (ADEH)* nº XIII (3), 1995, págs.61-68.
 - SÁNCHEZ DE LA CALLE, J. A.: *La mortalidad infantil en Plasencia durante los siglos XIX y XX*, Excmo. Ayuntamiento de Plasencia, Plasencia, 1998.
 - SANTOS MENÉNDEZ, A.: *El abandono de la infancia en Madrid (1939-1945)*, Trabajo de Fin de Máster defendido en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 2009.
 - SANTOS SACRISTÁN, M.: “Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918)”, comunicación presentada en el *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica* Murcia, 2008.
 - SANZ GIMENO, A.: *La transición de la mortalidad infantil y juvenil en el Madrid rural, siglos XIX y XX*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Sociología II, Universidad Computense de Madrid, 1997.
 - ———: *La mortalidad de la infancia en Madrid*, Dirección General de Salud Pública, Comunidad de Madrid, Madrid, 1999.
 - SARABIA Y PARDO, J.: “Protección a la infancia de la primera edad”, comunicación presentada en el *II Congreso Internacional de las "Gotas de Leche"*, Bruselas, 1908.
 - ———: *Datos estadísticos de la mortaliad infantil (de 0 a 1 año de edad) en España. Rapport*, Administración de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas, Madrid, 1917.
 - SARASÚA, C.: *Criados, nodrizas y amos: el servicio doméstico en la formación del mercado de trabajo madrileño, 1758-1868*, Siglo XXI, Madrid, 1994.
 - SCHUMACHER, R., G. RYCZKOWSKA y O. PERROUX: “Unwed mothers in the city. Illegitimate fertility in 19th century Geneva”, *History of the Family* nº 12, 2007, págs.189-202.
 - SECKER, J.-L.: *Newspapers and Historical Research: A Study of Historians and Custodians in Wales*, Tesis doctoral defendida en el Departamento de Ciencias de la Información y Departamento de Historia e Historia de Galés, Aberystwyth University, 1999.
 - SEN, S.: “The savage family: colonialism and female infanticide in 19th century India”, *Journal of Women's History* nº 14 (3), 2002, págs.53-79.
 - SERRANO RUIZ-CALDERÓN, M.: “El abandono de menores: su regulación en el ámbito penal”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* nº 45, 2003, págs.31-59.

- SHARLIN, A.: "Natural Decrease in Early Modern Cities: a reconsideration", *Past and Present* nº 79, 1978, págs.126-38.
- SHERWOOD, J.: "El niño expósito: cifras de mortalidad de una Inclusa del siglo XVIII", *Anales del Instituto de Estudios Madrileños* nº 13, 1981, págs.299-312.
- ———: *Poverty in eighteenth-century Spain: the women and children of the Inclusa*, Toronto University Press, Toronto, 1988.
- SHORTER, E.: "Illegitimacy, sexual revolution and social change in modern Europe", *Journal of Interdisciplinary History* nº 2 (2), 1971, págs.237-72.
- SHORTER, E., J. KNODEL y E. VAN DE WALLE: "The Decline of Non-Marital Fertility in Europe, 1880-1940", *Population Studies* nº 25 (3), 1971, págs.375-93.
- SIGLE, W., D. I. KERTZER y M. J. WHITE: "Abandoned Children and Their Transitions to Adulthood in Nineteenth-Century Italy", *Journal of Family History* nº 25, 2000, págs.326.
- SILVESTRE RODRÍGUEZ, J.: "Las migraciones interiores durante la modernización económica de España, 1860-1930", *Cuadernos Económicos de ICE* nº 69, 2005, págs.157-82.
- SMITH, K. R., G. P. MINEAU, G. GARIBOTTI y R. KERBER: "Effects of childhood and middle-adulthood family conditions on later-life mortality: Evidence from the Utah Population Database, 1850-2002", *Social Science & Medicine* nº 68 (9), 2009, págs.1649-58.
- SMOUT, C.: "Aspects of sexual behaviour in 19th century Scotland", en LASLETT, P., OOSTERVEEN, K. y SMITH, R. M. *Bastardy and its Comparative History: Studies in the History of Illegitimacy and Marital Nonconformism in Britain, France, Germany, Sweden, North America, Jamaica and Japan*, Harvard University Press, Cambridge, Massachussets, 1980, págs.192-216.
- SOLIS, R. "También el doctor Suñer, de la Escuela Nacional de Puericultura, dice que el actual régimen de las Inclusas debe desaparecer", *El Heraldo de Madrid*, 19 de feberero de 1927, págs.1.
- SUMNALL, C.: "Micro-geographies of illegitimacy and social change in the Gurk valley, 1870 to 1960", en FAUVE-CHAMOIX, A. y BOLOVAN, I. *Families in Europe between the Nineteenth and Twentieth Century*, Babes-Bolyai University Press, Cluj-Napoca, 2009.
- ———: "The hills are alive with the sound of bastards! Social reception of illegitimacy in the Gurk valley, Austria, 1870-1975", comunicación presentada en el *European Social Science History Conference*, Gante, 13-16 Abril, 2010.
- TARIFA FERNÁNDEZ, A.: *Marginación, pobreza y mentalidad social en el Antiguo Régimen: Los niños expósitos de Úbeda (1665-1788)*, Universidad de Granada, Úbeda, 1994.
- TEIBERNBACHER, K.-F.: "Infant Death Clustering-some critical remarks", comunicación presentada en el *International Workshop on Death Clustering*, Umea, 21-22 Octubre, 2010.
- TERCERO, M.: "Los niños abandonados. La Caridad los recoge...", *ABC*, 15 de junio de 1930, págs.15-17.
- TILLY, L. A.: "Child Abandonment in European History: a Symposium", *Journal of Family History* nº 17 (1), 1992, págs.1-23.
- TILLY, L. A., J. SCOTT y M. COHEN: "Women's work and European fertility patterns", *Journal of Interdisciplinary History* nº 6 (3), 1976, págs.449-79.

- TOLOSA LATOUR, M.: “La Herodiada. Apuntes para un pequeño poema”, *El Imparcial*, 11 de julio de 1890, págs.1-2.
- TORRE, G.: “Casa de maternidad público-reservada”, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 1 de agosto de 1852, págs.247-48.
- TORRUBIA BALAGUÉ, E.: *Marginación y pobreza. Expósitos en Salamanca (1794-1825)*, Diputación de Salamanca, Salamanca, 2004.
- TRELLES, P. “Cuatro palabras al Sr. Vezalde sobre la unión de la Inclusa y la Casa de Maternidad”, *Gaceta médica*, 30 de junio de 1853, págs.146.
- TRINIDAD FERNÁNDEZ, P.: “La infancia delincuente y abandonada”, en BORRÁS LLOP, J. M. *Historia de la infancia en la España Contemporánea*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Germán Sánchez Ruipérez, Madrid, 1996, págs.461-521.
- ULBRITCH, O.: “The Debate about Foundling Hospitals in Enlightenment Germany: Infanticide, Illegitimacy, and Infant Mortality Rates”, *Central European History* nº 18 (3/4), 1985, págs.211-56.
- ULECIA Y CARDONA, R.: *Informe acerca de la mortalidad infantil de Madrid, sus principales causas y medios de combatirla, presentado a la Junta Municipal de Sanidad de Madrid*, Imprenta Municipal, Madrid, 1903.
- URIBE-ETXEBARRIA FLORES, A.: *Marginalidad "protegida": mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930*, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, Bilbao, 1994.
- ———: “Aproximación a la situación e las Inclusas en las primeras décadas del siglo XX”, en DAVILA, P. y NAYA, L. M. *La infancia en la historia: espacios y representaciones*, Erein, Donosti, 2005, págs.737-46.
- URIZ, J. J.: *Causas de la muerte de los niños expósitos en sus primeros años: remedio en su origen de un tan grave mal y modo de formarlos útiles a la religión y al Estado con notable aumento de la población, fuerzas y riquezas de España*. 2 vols, Imprenta de José Rada, Pamplona, 1801.
- VALENZUELA RUBIO, M.: “Transporte y estructura metropolitana en el Madrid de la Restauración. Historia de una frustración”, en BAHAMONDE MAGRO, Á. y OTERO CARVAJAL, L. E. *La sociedad madrileña durante la Restauración (1876-1931)*, Alfoz Comunidad Autónoma de Madrid UCm, Madrid, 1989, págs.377-400.
- VALVERDE LAMSFUS, L.: “Legitimidad e ilegitimidad. Evolución de las modalidades de ingreso en la Inclusa de Pamplona, 1740-1934”, en *Enfance abandonée et société en Europe, XIVE-XXe siècle*, École Française de Rome, Palais Farnèse, Rome, 1991, págs.1169-97.
- ———: *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra, siglos XVIII y XIX*, Servicio Editorial Universidad del País Vasco, Bilbao, 1994.
- VALLADARES ROLDAN, R.: *El hospital provincial de Madrid*, XXX, Madrid, 1979.
- VAN BAVEL, J.: “Family control, bridal pregnancy and Illegitimacy”, *Social Science History* nº 25 (3), 2001, págs.449-79.
- VAN NORREN, B. y H. VAN VIANEN: *The Malnutrition-Infections Syndrome and Its Demographic Outcome in Developing Countries*, Programming Committee for Demographic Research, La Haya, 1986.
- VEZALDE, R. “Algunas reflexiones acerca de la proyectada Casa de Maternidad”, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 19 de junio de 1853.

- ———. “Dos palabritas al Sr. Trelles en réplica a sus cuatro en defensa del proyecto monstruoso de la Junta provincial de Beneficencia”, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, 3 de julio de 1853, págs.242.
- VIAZZO, P. P., M. BORTOLOTO y A. ZANOTTO: “Child Care, infant mortality and the impact of legislation: the case of Florence's foundling hospital, 1840-1940”, *Continuity and Change* nº 9 (2), 1994, págs.243-69.
- ———: “A special case of decline: levels and trends of infant mortality at the Florence Foundling Hospital, 1750-1950”, en CORSINI, C. y VIAZZO, P. P. *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750–1990*, Martinus Nijhoff, The Haghe, 1997, págs.227-46.
- ———: “Five centuries of foundling history in Florence: changing patterns of abandonment, care and mortality”, en PANTER-BRICK, C. y SMITH, M. T. *Abandoned children*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000, págs.70-91.
- VICENTE ALBARRÁN, F.: *Los albores del nuevo Madrid: el distrito de Arganzuela (1860-1878)*, Trabajo Académico de Tercer Ciclo defendido en el Departamento de Historia Contemporánea, Universidad Complutense de Madrid, 2006.
- ———: “Pauperismo, pobres y asistencia domiciliaria en el Ensanche sur de Madrid (1878-1910)”, comunicación presentada en el *Congreso Modernizar España. 1898-1914. Proyectos de reforma y apertura internacional en torno a la Conferencia de Algeciras*, Madrid. Departamento de Historia Contemporánea de la UCM, 20-22 Abril, 2006.
- VIDAL GALACHE, F. y B. VIDAL GALACHE: *Bordes y bastardos: una historia de la Inclusa de Madrid*, Compañía Literaria, Madrid, 1994.
- VIDAL JORDANA, G.: “Mis resultados en el tratamiento de los trastornos nutritivos el lactante”, comunicación presentada en el *Congreso Nacional de Pediatría*, San Sebastián, 1923.
- VIÑETA-BELLASERRA: *Profilaxia de la sífilis en el niño y en la nodriza por medio de la lactancia animal particularmente en las Maternidades y Casas de Expósitos*, Tipografía de la Casa Provincial de Caridad, Barcelona, 1889.
- WILKINSON, R. y M. MARMOT: *The Solid Fact. Social Determinants of Health*, World Health Organization, segunda edición, 2003.
- WILLFÜHR, K. P. y A. GAGNON: “Death Clustering of Infants in Second Marriages in Two Historical Populations”, comunicación presentada en el *International Workshop on Death Clustering*, Umea, Suecia, 22-23 Octubre, 2010.
- WILLIAMS, S.: “‘A Good Character for Virtue, Sobriety and Honesty’: Unmarried Mothers' Petitions to the London Foundling Hospital and the Rhetoric of Need in Early Nineteenth Century”, en LEVENE, A., WILLIAMS, S. y NUTT, T. *Illegitimacy in Britain, 1700-1920*, Anthony Rowe Ltd, Chipenham and Eastbourne, London, 2005.
- WOODS, R.: “Mortality, poverty and the environment”, en WOODS, R. y WOODWARD, J. *Urban Disease and Mortality in the Nineteenth-Century England*, Batsford Academic and Educational Ltd, London, 1984.
- ———: “Urban-Rural Mortality Differentials: An Unresolved Debate”, *Population and Development Review* nº 29 (1), 2003, págs.29-46.
- ———: “Key issues in fetal and neonatal mortality”, comunicación presentada en el *International Workshop of Fetal and Neonatal Mortality*, Madrid, 10-11 Junio, 2008.

- WOODS, R. y N. SHELTON: "Disease Environments in Victorian England and Wales", *Historical Methods* n° 33 (2), 2000, págs.73-82.